PROF. DR. JUR. MARTIN SCHWAB
[redacted]

Prof. Dr. Jur. Martin Schwab [redacted]

An das Sächsische Oberverwaltungsgericht
Ortenburg 9
02625 Bautzen

Bielefeld, den 4. Februar 2024

**Normenkontrollverfahren**
**Julia Neigel ./. Freistaat Sachsen**
**3 C 90/21**

Im oben genannten Normenkontrollverfahren trage ich namens und im Auftrag der Antragstellerin mit dem **Ziel** vor, die Zulässigkeit des Normenkontrollantrags – zu der gemäß gerichtlicher Verfügung im Termin am 8.2.2024 ausschließlich verhandelt werden wird – zu belegen. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich dabei auf die Corona-Schutzverordnung des Freistaates Sachsen vom 5.11.2021 (im Folgenden: **Schutz-VO**), nehmen aber auch die Corona-Notfallverordnung des Freistaates Sachsen vom 19.11.2021 (im Folgenden: **Notfall-VO**) in den Blick.

Die späte Vorlage dieses Schriftsatzes bitte ich vielmals zu entschuldigen. Ich war vom 29.11.-8.12.2023 und vom 8.1.-19.1.2024 krankgeschrieben (erkrankt war ich bereits seit dem 30.12.2023). Ärztliche Bescheinigungen füge ich als Anlagen 1 und 2 bei.

# I. Ausgangspunkt: Vorzeitige Ersetzung der Schutz-VO

Die angefochtene Corona-Schutzverordnung des Freistaates Sachsen vom 5.11.2021 sollte gemäß ihrem § 18 Abs. 2 am 25.11.2021 außer Kraft treten. Der Normenkontrollantrag der Antragstellerin vom 24.11.2021 war am selben Tag beim OVG Bautzen eingegangen und damit vor diesem ursprünglich für das Außerkrafttreten vorgesehenen Datum.

Legt man dies zugrunde, ist der Antrag zulässig, da an der Nichtigerklärung auch heute noch ein Interesse besteht. Insbesondere steht zu befürchten, dass die sächsische Staatsregierung erneut zu vergleichbaren Maßnahmen greift, wenn staatlicherseits erneut eine Pandemie ausgerufen werden sollte. Denn obwohl die Sachverständigenkommission, die aufgrund von § 5 Abs. 9 IfSG eingesetzt wurde und im Juni 2022 den Bericht „Evaluation von Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik“, der im Juni 2022 vorgelegt hat, gerügt hat, dass eben diese Evaluation durch das Fehlen belastbarer Daten erheblich erschwert worden sei (Quelle:

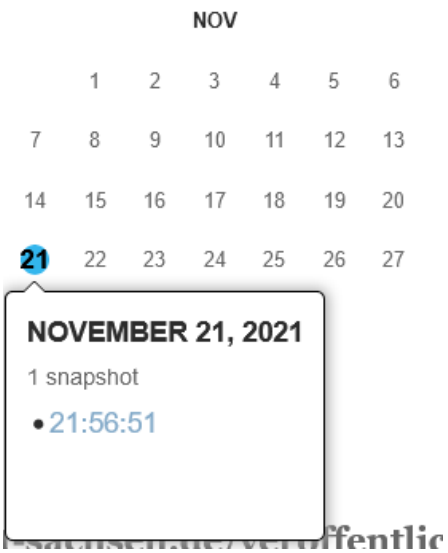
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/S/Sachverstaendigenausschuss/220630_Evaluationsbericht_IFSG_NEU.pdf), hat die sächsische Staatsregierung bislang keine Anstalten gemacht, ihre eigene Corona-Politik kritisch zu reflektieren und ggf. noch fehlende Daten nunmehr zu erheben. Im Übrigen wird für die Frage des fortbestehenden Interesses an der Nichtigerklärung der angegriffenen Regelungen auf das bisherig schriftsätzliche Vorbringen der Antragstellerin Bezug genommen.

Allerdings wurde – jedenfalls nach dem Willen der sächsischen Staatsregierung (dazu noch näher unten II.) – die Schutz-VO scheinbar vorzeitig durch die Notfall-VO mit Wirkung vom 22.11.2021 (§ 23 Abs. 1 Notfall-VO) ersetzt. Die Notfall-VO enthielt in § 12 ein landesweites Verbot von Veranstaltungen, Großveranstaltungen und Festen – und damit auch von Konzerten der Antragstellerin. Diese Ersetzung vollzog sich offensichtlich in der Weise, dass die Notfall-VO am Sonntagabend, den 21.11.2021 um 21.56 Uhr (dazu näher sogleich) auf der Internetseite der sächsischen Staatsregierung hochgeladen wurde und am 22.11.2021 um 0.00 Uhr in Kraft treten (§ 23 Abs. 1 Satz 1 Notfall-VO) und die Schutz-VO ersetzen (§ 23 Abs. 1 Satz 2 Notfall-VO) sollte, also innerhalb von 2 Stunden.

Das Zustandekommen der Corona-Notfallverordnung wirft kritische Fragen auf. Die Zweifel beginnen mit dem Datum des Erlasses der Verordnung. Wenn das wirklich der 19.11.2021 war, stellt sich mit allem Nachdruck die Frage, weswegen die sächsische Staatsregierung – die ja angesichts der angeblichen Notlage eigentlich ein Interesse daran hätte haben müssen, dass die Menschen zeitnah von den neuen Vorschriften Kenntnis nehmen – erst an einem späten Sonntagabend veranlasst, dass die angeblich so dringliche Verordnung (nämlich am 21.11.2021 um 21.56 Uhr) im Internet zugänglich gemacht wurde. Sucht man nämlich in der Wayback Machine nach diesem Dokument,

Note
This calendar view maps the number of times **https://www.recht-sachsen.de/veroffentlichungen/sgvl/sachsisches-gesetz-und-verordnungsblatt-2021-40.html** was crawled by the Wayback Machine, *not* how many times the site was actually updated. More info in the FAQ.

jener Ausgabe also, in der die Corona-Notfallverordnung des Freistaates Sachsen enthalten ist, und bewegt man die Maus im Kalender auf den 21.11.2021, so erfährt man, dass die Verordnung an diesem Tag um 21.56 Uhr hochgeladen wurde.




Quelle: https://web.archive.org/web/20210101000000*/https://www.recht-sachsen.de/veroffentlichungen/sgvl/sachsisches-gesetz-und-verordnungsblatt-2021-40.html.

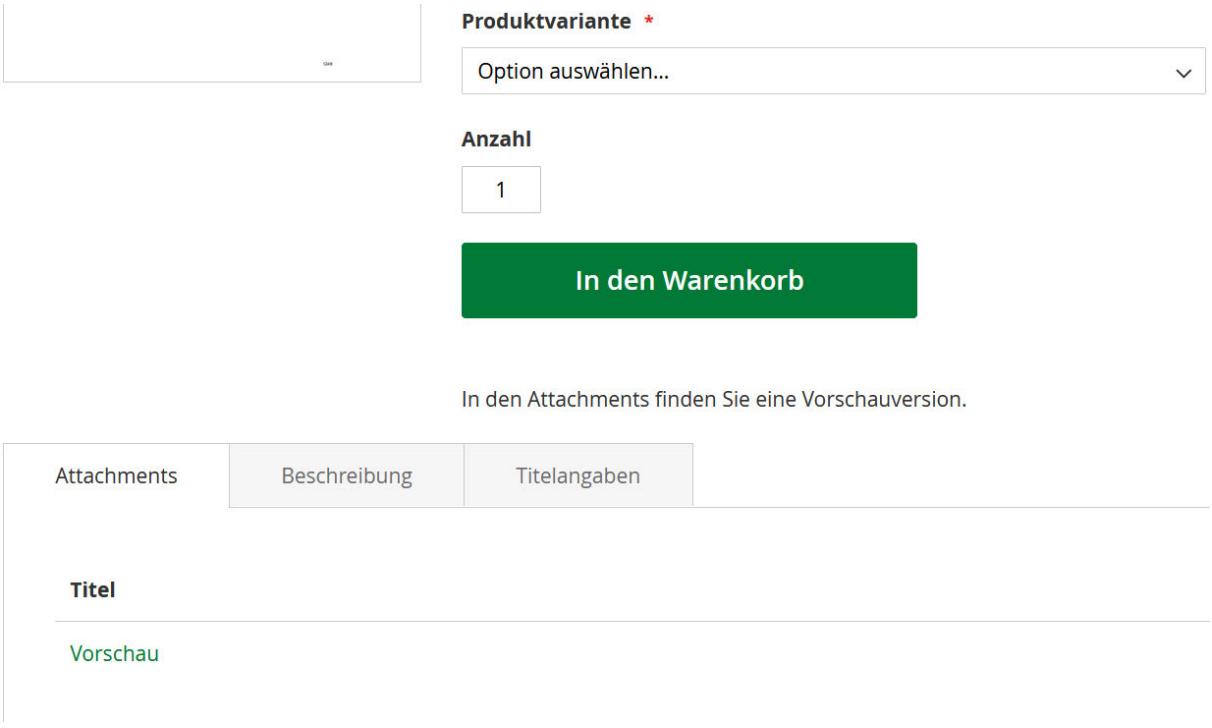
Noch größer werden die Zweifel, wenn man hinzunimmt, dass sich das Heft lediglich 40/2021 nennt, also keinen Hinweis auf diese besagte Verordnung gibt und die Verordnung lediglich hinter einer Bezahlschranke abrufbar war. Zumindest wird dieser Eindruck der Bezahlschranke erweckt:

Quelle: https://www.recht-sachsen.de/veroffentlichungen/sgvl/sachsisches-gesetz-und-verordnungsblatt-2021-40.html

Wählt man nun aus, dass man die Verordnung elektronisch haben möchte, erscheint folgendes:

Also ist auch die elektronische Version hinter einer Bezahlschranke versteckt. Nur mit Hilfe eines versierten Internetrechercheurs konnten wir schlussendlich online etwas finden. Dieser Weg war jedoch so holprig und unüberschaubar, dass man in keinem Fall sagen kann, diese Verordnung sei an prominenter Stelle für jeden gut sichtbar veröffentlicht worden. Denn es gleicht einem Versteck- und Suchspiel, sie zu finden:

Man muss unten auf der Seite auf den Reiter „Attachments“ gehen und findet hier den Begriff „Vorschau“.




Erst wenn man diese „Vorschau“ – hier steht ja nichts von einer „Onlineversion“ oder „Notfall-VO“ oder irgendetwas aus sich heraus Verständliches – anklickt, zeigt sich ein pdf-Dokument auf dem Bildschirm, ohne dass sich eine „Vorschau“ öffnet. Nur wenn man dann verwundert diese „Vorschau“ aktiv öffnet, findet sich eine elektronische Version der Verordnung, die oben nicht nur als Druckversion, sondern ja auch als elektronische Version für € 6,53 in den Warenkorb gelegt werden soll. Diese verwirrende Art, wie die Notfall-VO im Internet präsentiert wurde, ist alles andere als selbsterklärend

und ließ für den verständigen Nutzer der Internetseite nicht erkennen, dass die Notfall-VO kostenfrei zugänglich war, als sie am 21.11.2021 um 21.56 Uhr, an einem Sonntag zudem, im Internet hochgeladen wurde.

Außerdem stellt sich die berechtigte Frage, ob die Regierung es tatsächlich für praktisch und gesetzlich für zulässig hielt, dass Anwalt und Mandantin am Sonntagabend den 21.11.2021 stundenlang vor dem Bildschirm sitzen sollten, in der spekulativen Überlegung, dass 2 Stunden vor 0:00 Uhr und Montag dem 22.11.2021 plötzlich wie aus dem Nichts und hinter der Bezahlschranke ein Heft Nr. 40/2021 erscheint, in dem eine Verordnung enthalten sei, die innerhalb knapp 2 Stunden die gültige Verordnung außer Kraft gesetzt haben soll. Noch irritierender ist auf der Seite Recht-Sachsen, dass es sich nicht um eine „Veröffentlichung“ gehandelt hat.

Die Verwirrung wird komplett, wenn man sich ansieht, was die Stadt Leipzig am 21.11.2021 (ohne Angabe der Uhrzeit) auf ihrer Internetseite veröffentlichte:

## Sächsische Corona-Notfallverordnung ab 22. November 2021

Datum: 21.11.2021, Freizeit, Gesundheit, Coronavirus

**Angesichts der dramatisch steigenden Infektionszahlen in Sachsen hat das Kabinett im Rahmen einer Sondersitzung heute eine Notfallverordnung beschlossen. Sie sieht verschärfende Maßnahmen insbesondere für Ungeimpfte vor, um die 4. Welle der Corona-Pandemie einzudämmen. Dazu gehören flächendeckende 2G-Regelungen, Schließungen von Einrichtungen und Ausgangsbeschränkungen für Ungeimpfte und Nicht-Genesene in Hotspot-Regionen. Angebote und Einrichtungen für Kinder bleiben bewusst so weit wie möglich geöffnet. Die Verordnung tritt ab dem 22. November 2021 in Kraft und gilt bis einschließlich 12. Dezember 2021.**

Quelle: https://www.leipzig.de/news/news/saechsische-corona-notfallverordnung-ab-22-november-2021

Die Notfall-VO „Vom 19. November 2021“ war also laut Presseerklärung der Stadt Leipzig in einer Sondersitzung des sächsischen Landeskabinetts am 21. November 2021 beschlossen worden.

Weiter schreibt die Stadt Leipzig am 21.11.2021 ganz unter auf der Seite (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Die Verordnung wird **in Kürze** unter dem folgenden Link veröffentlicht“*:

Darauf konnte man am 21.11.2021 in Leipzig lange warten. Denn der Link führte ins Nichts, bzw. zuvor zu näheren Informationen, die zu keiner neuen Verordnung führten.

Quelle: https://www.coronavirus.sachsen.de/amtliche-bekanntmachungen.html

Und wenn in der Leipziger Stadtverwaltung nicht am späten Sonntagabend noch hektische Betriebsamkeit ausgebrochen ist, wusste die Stadtverwaltung von den neuen

Regeln auch nur vom Hörensagen oder aus internen Kreisen, bevor diese den normunterworfenen Bürger erreichten.

Die vom Deutschen Bundestag ausgerufene epidemische Lage von nationaler Tragweite endete am 25.11.2021 also am Tag des angefochtenen Außerkrafttreten der SchutzVO vom 05.11.2021. Am 23.11.2021 wurde in BGBl. 2021 I S. 4906 das „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ vom 22.11.2021 verkündet. Darin findet sich ein neu eingefügter § 28a Abs. 9 IfSG, der wie folgt lautet:

*„Absatz 1 bleibt nach dem Ende einer durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite bis längstens zum Ablauf des 15. Dezember 2021 für Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 anwendbar, die bis zum 25. November 2021 in Kraft getreten sind. Satz 1 gilt für Schutzmaßnahmen nach Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 und § 32 entsprechend, sofern das Parlament in dem betroffenen Land die Rechtsverordnungen nicht aufhebt. Die Anordnung von Schutzmaßnahmen nach Absatz 8 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 oder nach Absatz 8 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 und § 32 bleibt unberührt.“*

Das bedeutet: Wollte die sächsische Staatsregierung ihre weitreichenden Befugnisse, die Grundrechte der Bürger in Sachsen unter Berufung auf den Schutz vor COVID-19 über den 25.11.2021 hinaus einzuschränken, weiterhin ausüben, musste sie dafür sorgen, dass eine entsprechende Rechtsverordnung bis spätestens 25.11.2021 in Kraft trat. Die sächsische Staatsregierung muss dabei bereits vor dem 23.11.2021 über die Inkraftsetzung des § 28a Abs. 9 IfSG informiert gewesen sein; denn das Gesetz vom 22.11.2021, verkündet am 23.11.2021, war mit Zustimmung des Bundesrates ergangen. Die sächsische Staatsregierung war also über den Bundesrat in das Gesetzgebungsverfahren eingebunden gewesen und weit vorher darüber informiert.

Die Antragstellerin befand sich im November 2021 auf Konzerttournee. Sie musste in dieser Zeit schwierige Entscheidungen treffen, weil ihr für den 18.11.2021 angesetztes Konzert plötzlich einer 2G-Regelung unterstellt und die Antragstellerin vor die Wahl gestellt wurde, entweder unter ruinösen Kosten das Konzert abzusagen oder – ganz und gar gegen ihren Willen – ihr eigenes Publikum (nämlich jene Besucher, die sich gegen die COVID-Injektion entschieden hatten) zu diskriminieren.

Zugleich stand die Antragstellerin täglich bis nach 23 Uhr auf der Bühne, sei es am 18.11.21 in Chemnitz/Sachsen, am 19.11.2021 in Neubrandenburg/Mecklenburg-Vorpommern oder zum Beispiel am 20.11.2021 in Halle (Saale)/Sachsen-Anhalt. Sie befand sich weder am 20.11.21, noch am 21.11.21, noch am 22.11.2021 in Sachsen, sondern sollte erst an dem 23.11.2021 auf Tournee nach Sachsen zurückkehren, es konnte ihr also verständlich nicht zugemutet werden, nahezu stündlich im Internet nach neuen Verordnungen zu suchen – zumal die Aufhebung der epidemischen Lage von

nationaler Tragweite die Annahme einer kurzfristigen Verschärfung der Corona-Regeln auch nicht nahelegte.

## II. Zweifel an der ordnungsmäßigen Verkündung der Notfall-VO

Es ist bereits in hohem Maße zweifelhaft, ob und ggf. wann die Notfall-VO im Rechtssinne verkündet und damit die Verordnung Schutz-VO ersetzt hat.

Zur Verkündung von Rechtsverordnungen bestimmt Art. 76 Abs. 2 Verfassung des Freistaates Sachsen Folgendes:

*„Rechtsverordnungen werden von der Stelle, die sie erlässt, solche der Staatsregierung vom Ministerpräsidenten und den zuständigen Staatsministern, ausgefertigt und, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, im Gesetz- und Verordnungsblatt des Freistaates Sachsen verkündet.“*

Diesen Anforderungen genügt es nicht, wenn der Text einer Verordnung der sächsischen Staatsregierung lediglich auf einer Internetseite hinter der Bezahlschranke hochgeladen wird, die dann erst am Tag darauf, an einem Montag, in ein anderes Bundesland per Post verschickt werden könnte. Und schon gar nicht ist es statthaft, die Kenntnisnahme des Bürgers davon, was ihm fortan erlaubt bzw. verboten sein soll, davon abhängig zu machen, dass der Bürger dafür Geld bezahlt. Eine ordnungsgemäße Verkündung ist vielmehr nur dann gewährleistet, wenn der Zugang des Normunterworfenen zum Normtext unentgeltlich gewährleistet ist.

Der Antragsgegner – der die Beweislast für die ordnungsmäßige Verkündung der Notfall-VO trägt – möge darlegen, ab wann die Notfall-VO direkt für den Nutzer sichtbar ohne Bezahlschranke zur Verfügung stand – also ohne die Notwendigkeit, sich durch eine verwirrende Internetseite zu quälen, um dann völlig unerwartet, und nur, wenn man zeitaufwändig sucht und sehr versiert in der Nutzung von Webseiten ist, doch noch -per Zufall- kostenfrei an ein elektronisches Dokument namens „Vorschau“, das dann überraschend den Verordnungstext enthält, zu gelangen. Sollte dies erst nach dem 24.11.2021 der Fall gewesen sein, ist die Notfall-VO bereits wegen Verletzung von Art. 80 Abs. 1 GG, Art. 75 Abs. 1 Verfassung des Freistaates Sachsen nichtig: Es fehlt dann schlicht an einer parlamentsgesetzlichen Verordnungsermächtigung. Und der Normenkontrollantrag der Antragstellerin vom 24.11.2021 ist auf dem Boden dieser Annahme auf jeden Fall vor dem Außerkrafttreten der Schutz-VO beim erkennenden Senat anhängig geworden.

Mehrere Indizien sprechen dafür, dass die Notfall-VO frühestens am 25.11.2021 verkündet wurde.

Man kann die früheren Corona-Verordnungen immer noch im Internet abrufen. Die Suche nach der Corona-Notfallverordnung fördert das folgende Ergebnis zutage:

Verordnung zur Regelung von Notfallmaßnahmen zur Brechung der vierten Coronavirus SARS-CoV-2-Welle (Sächsische Corona-Notfall-Verordnung – SächsCoronaNotVO) (*.pdf, 0,27 MB)
Amtliche Bekanntmachung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt vom 19. November 2021 | gültig vom 22. November 2021 bis 12. Dezember 2021

Quelle: https://www.coronavirus.sachsen.de/archiv-der-abgelaufenen-amtlichen-bekanntmachungen-7295.html?_cp=%7B%22accordion-content-9421%22%3A%7B%228%22%3Atrue%7D%2C%22previousOpen%22%3A%7B%22group%22%3A%22accordion-content-9421%22%2C%22idx%22%3A8%7D%7D#a-9420.

Lädt man dieses pdf-Dokument herunter und klickt man im Arbeitsmenü auf „Dokumenteneigenschaften“, erfährt man, dass dieses Dokument am 25.11.2021 um 18.23 Uhr und 18 Sekunden erstellt wurde.

Gibt man bei „Google“ als Suchbegriff „Einsendeschluss, Autorenkorrektur und Erscheinungstage im Jahr 2021 Sächsisches Amtsblatt mit Amtlichem Anzeiger“ ein, so gelangt man direkt auf ein pdf-Dokument, das als Anlage 3 beigefügt ist und aus dem sich ergibt, dass Dokumente, die am 25.11.2021 im Sächsischen Amtsblatt hätten erscheinen sollen, spätestens am 18.11.2021 in der sächsischen Staatskanzlei und spätestens am 19.11.2021 bei der SAXONIA Verlag GmbH hätten eingehen müssen. Im Internet war nicht aufzufinden, wie es sich mit den Vorlaufzeiten beim Gesetzes- und Verordnungsblatt des Freistaates Sachsen verhält. Wenn diese Vorlaufzeiten ähnlich gestaltet sind wie beim Sächsischen Amtsblatt, hätte eine (unterstellen wir mal) am 19.11.2021 beschlossene Corona-Notfallverordnung frühestens am gleichen Tag bei der Staatskanzlei und nur bei extrem schneller Bearbeitung am gleichen Tag bei der SAXONIA Verlag GmbH eingehen können, um überhaupt noch am 25.11.2021 verkündet werden zu können, zumal es sich um ein Wochenende handelte. Der Antragsgegner möge sich dazu erklären, wann das Dokument mit der Notfall-VO bei der Staatskanzlei bzw. beim SAXONIA Verlag GmbH eingegangen ist.

Geht man davon aus, dass die Notfall-VO erst frühestens am 25.11.2021 in einer Art. 76 Verfassung des Freistaates Sachsen genügenden Weise verkündet wurde, ist § 23 Abs. 1 Satz 1 Notfall-VO, wonach diese Verordnung am 22.11.2021 in Kraft treten soll, wegen Verletzung von Art. 103 Abs. 2 GG nichtig. Die Notfall-VO konnte nicht rückwirkend in Kraft gesetzt werden, weil die Verletzung der darin niedergelegten Vorschriften gemäß § 73 Abs. 1 a Nr. 24 IfSG i. V. m. § 22 Notfall-VO bußgeldbewehrt war. Einen Termin für das Inkrafttreten, der zeitlich *nach* dem 25.11.2021 liegt, nennt die Notfall-VO nicht. Mithin greift stattdessen Art. 76 Abs. 3 Satz 2 Verfassung des Freistaates Sachsen ein: Die Notfall-VO trat 14 Tage nach Ablauf des Tages der Verkündung in Kraft. Bei Verkündung am 25.11.2021 wäre das der 9.12.2021 gewesen. Zu diesem Zeitpunkt aber hätte die sächsische Staatsregierung nach § 28a Abs. 9 IfSG die Notfall-VO jedenfalls mit dem Inhalt, den sie hatte, gar nicht mehr ohne Verletzung von Art. 80 Abs. 1 GG, Art. 75 Abs. 1 Verfassung des Freistaates Sachsen in Kraft setzen können.

Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Verkündung zeigen sich auch, wenn man Folgendes im Internet liest:

# Verkündungsmedien

## Sächsische Veröffentlichungsblätter

Wer die sächsischen Veröffentlichungsblätter beziehen und damit aus erster Hand

- Gesetze,
- Rechtsverordnungen,
- Verwaltungsvorschriften,
- Bekanntmachungen und sonstige
- Amtsinformationen

des Landtags und von sächsischen Landesbehörden, Kommunen, Gemeinden sowie Körperschaften, Anstalten und Stiftungen erhalten will, genießt besondere Vorteile. Als Herausgeberin des Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblattes und des Sächsischen Amtsblattes hat die Sächsische Staatskanzlei verbindliche Preise für den Bezug der Veröffentlichungsblätter in der Print- und elektronischen Version und eine Vielzahl besonders günstiger Kombinationsabonnements ausgehandelt.

Seit dem 1. Januar 2019 sind Herstellung und Vertrieb

- des Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblattes,
- des Sächsischen Amtsblattes sowie Amtlicher Anzeiger und den Beilagen
  - »Ministerialblatt des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus« sowie
- der Sonderdrucke zum Sächsischen Amtsblatt

gedruckt sowie in elektronischen Form der SV SAXONIA VERLAG für Recht, Wirtschaft und Kultur GmbH übertragen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Preisliste.

Für Bestellungen und Rückfragen zu Ihren Abonnements wenden Sie sich bitte an die

**SV SAXONIA Verlag für Recht, Wirtschaft und Kultur GmbH**

Postanschrift:
Lingnerallee 3
01069 Dresden

Telefon: 0351 485260

Telefax: 0351 4852661

E-Mail: office@saxonia-verlag.de

E-Mail: gvbl-abl@saxonia-verlag.de

Webseite: https://www.saxonia-verlag.de/

Quelle: https://www.moderneverwaltung.sachsen.de/verkuendungsmedien-3987.html.

Die Verkündung von Gesetzen und Verordnungen wurde vom Freistaat Sachsen also auf eine private GmbH delegiert. Dieses Vorgehen ist unzulässig und lässt sich insbesondere nicht mit der Rechtsfigur der Verwaltungshilfe legitimieren. Denn die

Verkündung von Rechtsvorschriften ist – jedenfalls bei Parlamentsgesetzen und Rechtsverordnungen – funktionell nicht der Exekutive, sondern der Legislative zugewiesen.

## III. Jedenfalls aber: Schuldlose Unkenntnis der Antragstellerin von der vorzeitigen Ersetzung der Schutz-VO

Selbst wenn man aber unterstellt, die Schutz-VO sei vor dem Zeitpunkt außer Kraft getreten, zu dem der hiergegen gerichtete Normenkontrollantrag der Antragstellerin vom 24.11.2021 anhängig wurde, ist der Antragstellerin jedoch mindestens zugute zu halten, dass sie mit einer vorzeitigen Ersetzung durch die Notfall-VO nicht rechnen musste.

Erst recht gilt das für die Einreichung ihres Eilverfahrens am 16.11.2021, welches vor Ausrufung der Überlastungsstufe vom 17.11.2021 war und ab dem 19.11.2021 hätte gelten sollen. Die Antragstellerin hatte bei Einreichung des Eilverfahrens schlicht keine hellseherischen Fähigkeiten.

Quelle: https://www.medienservice.sachsen.de/medien/news/1032403

Ebenso hatte die Antragstellerin bei Ablehnung des Eilverfahrens am 19.11.2021 keine Glaskugel zur Hand, die ihr zuflüsterte, was sich hinter verschlossenen Regierungstüren am 19.11.2021 abspielte.

Da nämlich der Deutsche Bundestag kurz zuvor die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite aufgehoben hatte, konnte die Antragstellerin nicht ahnen, dass die sächsische Staatsregierung die verbleibende Zeit für den Erlass einer neuen Verordnung nutzen würde, die im Vergleich zur Schutz-VO drastische Verschärfungen der bisherigen Corona-Beschränkungen mit sich bringen würde. Die Aufhebung der epidemischen Lage nationaler Tragweite hätte aus der Sicht eines verständigen Normunterworfenen allenfalls Lockerungen, niemals aber Verschärfungen der Maßnahmen indiziert. Auch in fast allen anderen europäischen Staaten war die Aufhebung der Grundrechtseinschränkungen zudem schon Monate lang geschehen.

Und noch einmal sei darauf hingewiesen, dass § 28a Abs. 9 IfSG, welcher der sächsischen Staatsregierung überhaupt die Möglichkeit bot, bestimmte Corona-Beschränkungen mit Wirkung über den 25.11.2021 hinaus in Kraft zu setzen, erst am 23.11.2021 im Bundesgesetzblatt verkündet wurde. Die sächsische Staatsregierung verfügte hier über einen Informationsvorsprung, weil sie ja an der Inkraftsetzung des § 28a Abs. 9 IfSG mitgewirkt hatte. Dass die sächsische Staatsregierung bereits am 22.11.2021 eine neue Corona-Verordnung mit drastischen Verschärfungen der Maßnahmen in Kraft setzen würde wollen, war auch vor diesem Hintergrund für die Antragstellerin nicht absehbar.

Die beabsichtigte Verschärfung der Corona-Maßnahmen durch die Notfall-VO kurz vor dem Zeitpunkt, zu dem für Maßnahmen der dort beschlossenen Art endgültig die Rechtsgrundlage entfiel, hatten offensichtlich nichts mit Infektionsschutz zu tun, wohl aber viel mit der Weigerung der sächsischen Staatsregierung, die ihr einmal verliehenen Machtbefugnisse wieder preiszugeben. Der sächsischen Staatsregierung kann ferner nicht verborgen geblieben sein, dass die Antragstellerin zuvor (am 16.11.2021) bereits einen Eilantrag nach § 47 Abs. 6 VwGO gegen die Schutz-VO gestellt hatte. Sie muss damit gerechnet haben, dass die Antragstellerin in Kürze einen Antrag in der Hauptsache würde folgen lassen. Offenbar war auch der 19.11.2021, also der Tag der Ablehnung des Eilantrags, auch der Tag der Entstehung der Notfall-VO und möglicherweise nach Reaktion des OVG auf den Antrag ebenso ein Versuch, der Klägerin und einer logischerweise daraufhin folgenden Normenkontrollklage zuvorzukommen. Bei dem Versuch, an einem späten Sonntagabend in einer Nacht-und-Nebel-Aktion die Notfall-VO in Kraft zu setzen, ging es also auch darum, einem solchen Antrag in der Hauptsache zuvorzukommen und den Rechtsschutz der Antragstellerin zu vereiteln. Mit einem derartigen offensichtlichen Machtmissbrauch durch die sächsische Staatsregierung musste die Antragstellerin nicht rechnen.

Der Antragstellerin kann auch nicht entgegengehalten werden, sie habe es versäumt, zeitgleich mit dem Eilantrag nach § 47 Abs. 6 VwGO den Antrag zur Hauptsache anhängig zu machen. Wäre nämlich der Eilantrag durchgedrungen, hätte die Antragstellerin ihr Rechtsschutzziel erreicht gehabt und hätte es daher eines Hauptsacheverfahrens nicht mehr bedurft; diesem hätte dann tatsächlich das Rechtsschutzbedürfnis gefehlt. Die Antragstellerin hätte dann also ohne Not die kostenpflichtige Abweisung ihres Antrags zur Hauptsache riskiert.

Schließlich verkürzt es ganz allgemein den effektiven Rechtsschutz (Art. 19 Abs. 4 GG), wenn von Normunterworfenen erwartet wird, selbst binnen kürzester Frist Änderungen zur Kenntnis zu nehmen, um Rechtsnachteile bei der prozessualen Behandlung seines Rechtsschutzbegehrens zu vermeiden. Wollte man von der Antragstellerin erwarten, sie habe an einem Sonntag zwischen 21.56 Uhr und 23.59 Uhr die Ersetzung der Schutz-VO durch die Notfall-VO zur Kenntnis nehmen und in dieser Zeit noch einen Antrag zur Hauptsache anhängig machen müssen, würde dies bedeuten, dass sie, wenn sie ihren prozessualen Obliegenheiten nachkommen wollte, mindestens einmal pro Stunde, während einer laufenden Tournee und auch spätabendlicher Bühnenpräsenz als Sängerin, die Internetseite der sächsischen Staatsregierung nach eventuellen Änderungen der Corona-Verordnungen hätte durchmustern müssen. Als ob sie sonst nichts zu tun hätte. Da am Oberverwaltungsgericht Anwaltszwang herrscht, müsste sie zudem – was gewiss mit beträchtlichen Kosten verbunden wäre – einen anwaltlichen Bereitschaftsdienst sogar an den Wochenenden einwerben, der einschreiten kann, falls die Staatsregierung zwei Stunden vor Mitternacht von einem Sonntag auf einen Montag eine Verordnung durch eine andere ersetzen sollte, obwohl so etwas in all den Monaten zuvor nie vorgekommen und auch nicht zu erwarten war. Die Antragstellerin war wie schon ausgeführt in dieser Zeit auf Tournee. Sie hatte sich auf jene Tätigkeit zu fokussieren, mit der sie ihren Lebensunterhalt bestreitet. Wenn

überhaupt, konnte man ihr allenfalls abverlangen, sich alle sieben Tage zu informieren, ob die einschlägigen Verordnungen – deren befristete Geltungsdauer ja allesamt datumsgenau festgelegt war – vorzeitig durch abweichende Regelungen ersetzt wurden. Es widerspricht dem rechtsstaatlichen Prinzip der Normenklarheit, wenn der Gesetz- oder Verordnungsgeber in rascher Abfolge immer neue Regeln in die Welt setzt und dann deren sofortige Kenntnisnahme und Befolgung durch die Bevölkerung verlangt. Die Corona-Verordnungen sind schneller mutiert als das Virus. Ein permanentes Studium von Regeln, die sich immer wieder in rascher Folge ändern, ist dem Normunterworfenen nicht zuzumuten.

# IV. Das falsche Narrativ von der Killer-Pandemie und dessen Rolle für die Zulässigkeit des Antrags

## 1. Die These

Über die These, die Antragstellerin habe mit einer vorzeitigen Ersetzung der Schutz-VO durch die – schärfere – Notfall-VO rechnen müssen, ließe sich überhaupt nur dann ernsthaft diskutieren, wenn die Annahme gerechtfertigt wäre, das dynamische Infektionsgeschehen habe der sächsischen Staatsregierung flexibles Handeln abverlangt, da es sich von Sekunde zu Sekunde hätte verschlimmern können. Auf bedrohliche Zuspitzungen der Infektionslage habe die sächsische Staatsregierung notfalls rasch reagieren müssen. Daher seien auch kurzfristige Verschärfungen der Maßnahmen gerechtfertigt gewesen und man habe aus diesem Grund jederzeit die Möglichkeit ins Auge fassen müssen, dass eine Corona-Verordnung vorzeitig geändert, außer Kraft gesetzt, oder durch eine andere ersetzt werde.

## 2. Das Infektionsgeschehen als doppeltrelevante Tatsache

Wer in diesem Sinne argumentiert, erhebt das gesamte Infektionsgeschehen und insbesondere die Frage, ob das Ausmaß der Bedrohung durch SARS CoV-2 jemals so bedrückend war, wie es allenthalben in den Medien kommuniziert wurde, in prozessrechtsdogmatischer Hinsicht zur doppeltrelevanten Tatsache. Denn nur wenn es tatsächlich zutrifft, dass SARS CoV-2 eine unüberschaubare, nie dagewesene Anzahl von Toten und Intensivpatienten befürchten ließ, dass die Gesundheitssysteme auf diese Weise vom Kollaps bedroht waren und dass es jederzeit zu völlig unkontrollierten Ausbrüchen mit einer Vielzahl potentiell Geschädigter kommen konnte, ist die Folgerung gerechtfertigt, dass jederzeit auch kurzfristig mit einer entsprechenden Reaktion der sächsischen Staatsregierung in Gestalt neuer Verordnungen gerechnet werden musste.

Im Folgenden wird indes zu zeigen sein, dass die gesamte Pandemie-Erzählung auf dramatischen Fehlannahmen beruht und selbst hochrangige deutsche Behörden sich

nicht gescheut haben, vorsätzlich Falschinformationen zu verbreiten bzw. aus den vorhandenen Daten vorsätzlich falsche Schlüsse zu ziehen, um das Narrativ von der uns alle existentiell bedrohenden Killer-Pandemie aufrechtzuerhalten.

Um die rechtliche Bedeutung der nachstehenden Ausführungen nochmals zu verdeutlichen:

- Für die Zulässigkeit sind jene Ausführungen nur dann von Relevanz, wenn der Antragstellerin vorgehalten werden sollte, sie habe angesichts des sich ständig wandelnden und insgesamt immer bedrohlicher werdenden Infektionsgeschehens mit kurzfristigen Interventionen der sächsischen Staatsregierung rechnen müssen. Wenn so argumentiert werden sollte, spielt es bereits für die Zulässigkeit eine Rolle, dass es ein solches Infektionsgeschehen in Wirklichkeit nie gegeben hat.
- In jedem Fall sind die nachstehenden Ausführungen für die Begründetheit des Antrags von Belang und werden hier vorsorglich bereits mit Bezug auch darauf vorgetragen.

Es geht bei den nachfolgenden Überlegungen *nicht* darum, in Abrede zu stellen, dass es SARS CoV-2 gibt und dass man daran schwer erkranken und auch sterben kann. Nur ist das keine Besonderheit von SARS CoV-2, sondern bei jedem Atemwegserreger der Fall. Es geht hier vielmehr darum, aufzuzeigen, dass das *quantitative* Ausmaß der Bedrohung durch SARS CoV-2 von Beginn an und auch in der Zeit, in der die streitgegenständlichen Verordnungen erlassen wurden, erheblich überzeichnet wurde.

# 3. Das falsche Horror-Szenario vom Zusammenbruch der Gesundheitssysteme

Die Gefahren durch SARS CoV-2 wurden von Beginn an unter Berufung auf das Szenario perhorresziert, die Gesundheitssysteme seien im Angesicht eines zu erwartenden Patientenansturms ernsthaft vom Zusammenbruch bedroht. Zu keinem Zeitpunkt haben sich die diesbezüglichen Befürchtungen auch nur in Ansätzen verwirklicht.

## a) Klinik-Belegung in Deutschland 2020 auf historischem Allzeit-Tief

Wir beginnen also unsere Suche nach der „schlimmsten Atemwegs-Killerpandemie aller Zeiten“ als Grundlage für die hier thematisierten 2G-Regelungen und Veranstaltungsverbote beim Bundesministerium für Gesundheit. Dieses hatte das Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Technischen Universität Berlin damit beauftragt, „*Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise-Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020*“ zu verfassen. Wir zitieren wie folgt:

*„Zusammenfassung: Dieser Bericht untersucht die Folgen der Covid-19-Pandemie auf das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser für den Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020. Er untersucht außerdem, ob die seit dem 16. März 2020*

*geltenden Ausgleichszahlungen die Erlösminderungen der Krankenhäuser aufgrund des Rückgangs der Leistungsmenge ausgleichen konnten. Nicht untersucht wird, ob und wie sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Jahr 2020 insgesamt verändert hat. Zuvor wurden bereits in zwei Berichten die Zeiträume bis einschließlich 31. Mai 2020 bzw. bis zum 30. September 2020 ausgewertet. In dem vorliegenden dritten Bericht stellen wir Analysen für das gesamte Jahr 2020 vor. Die Analysen basieren auf krankenhausindividuellen Struktur- und Leistungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Jahre 2018 bis 2020. Da die Gesamtjahresdaten verlässlicher als die unterjährigen Daten sind, kommt es auch rückwirkend zu Abweichungen zu den Ergebnissen aus den ersten beiden Berichten."*

Wir erwarten in der schlimmsten Pandemie aller Zeiten einen Anstieg der Klinikbelegungen. Denn wenn sich dieses Virus von anderen grassierenden (Corona-) Viren davon unterscheiden soll, dass es verstärkt schwere Verläufe produziert, muss sich dies, so sollte man meinen, zwingend bei der Belegung der Kliniken niederschlagen. Das Bundesministerium für Gesundheit sagt jedoch: **Klinikbelegung in 2020 auf historischem Allzeittiefpunkt**! Wir zitieren die Analysen vom 30. April 2021 wie folgt (Hervorhebungen nicht im Original):

*„**Im betrachteten Zeitraum 2020 gab es in Deutschland seit Beginn der COVID-19-Pandemie Mitte März durchgehend weniger stationäre Fälle**, und zwar im Zeitraum bis Ende Mai um ca. -30% und ab dann – einschließlich des Zeitraums der zweiten Welle – um -10%. Über das Jahr gesehen beläuft sich das Minus auf 13%, d.h. ohne Berücksichtigung der ersten zehn COVID-19-freien Wochen auf ca. -16%. Da die durchschnittliche Verweildauer nur minimal stieg, sanken auch die Verweildauertage um -12%. **Im Resultat sank die Bettenauslastung auf ein Allzeittiefpunkt von 67,3% (und 68,6% auf den Intensivstationen). Dies berücksichtigt bereits die Versorgung der COVID-19- Patienten**, für deren stationäre Versorgung im Jahresschnitt unter Berücksichtigung der Überlieger 2% aller Betten und knapp 4% der Intensivbetten benötigt wurden, natürlich mit zeitlichen und geographischen Spitzen."*

Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf Seite 4.

Wir schließen diesen Punkt mit einem Zitat aus dem Bericht *„Beirat diskutiert und verabschiedet Analyse von Prof. Augurzky und Prof. Busse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zu Ausgleichszahlungen in der Corona-Krise - Gute Patientenversorgung auch in der Corona-Pandemie stets gewährleistet, Instrument der Freihaltepauschale zur Sicherung der Krankenhäuser wirksam"* des Bundesgesundheitsministeriums ab:

*"Die Mitglieder des Beirats betonten, dass die Pandemie zu keinem Zeitpunkt die stationäre Versorgung an ihre Grenzen gebracht hat."*

Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.

## b) Hospitalisierungsinzidenz

Eine Grafik des Bundesministeriums für Gesundheit zeigt ebenfalls, dass die Hospitalisierungsinzidenz – also die Häufigkeit, mit der Patienten mit Atemwegsinfekten in Kliniken behandelt wurden – zu dem Zeitpunkt, da die Corona-„Pandemie“ ausgerufen wurde, auffällig niedrig war. Und ebenso fällt auf, dass 2022 – als ein Großteil der deutschen Bevölkerung die COVID-Injektionen empfangen hatte – die Hospitalisierungsinzidenz erheblich angestiegen ist, und zwar anders als sonst üblich auch zumindest teilweise in den Sommermonaten. Die Notwendigkeit irgendwelcher Maßnahmen zum Schutz vor Überlastung des Gesundheitswesens wird auch mit dieser Grafik nicht belegt. Vor allem aber wirft sie nachdrückliche Zweifel an der Notwendigkeit und Wirksamkeit der COVID-Impfkampagne auf.

Anzahl der an das RKI übermittelten hospitalisierten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner innerhalb von 7 Tagen.

Quelle: https://corona-pandemieradar.de/de/hospitalisierungsinzidenz

Aber wie auch immer man die vorstehende Grafik deuten mag: Sie erhärtet in keiner Weise die These von einem außergewöhnlichen, dynamischen Infektionsgeschehen. Sie erhärtet des Weiteren in keiner Weise die Notwendigkeit sogenannter nicht-pharmazeutischer Interventionen. Insbesondere ist nicht erkennbar, welche Vorteile der monatelange Lockdown im Winter 2020/2021 gebracht haben soll.

*"Die Mitglieder des Beirats betonten, dass die Pandemie zu keinem Zeitpunkt die stationäre Versorgung an ihre Grenzen gebracht hat."*

Quelle: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.

## c) Die Auslastungsprämie gemäß § 21 KHG und ihre Auswirkung auf die Zahl der gemeldeten Intensivbetten

Durch das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz wurde § 21 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) reformiert. Neu eingefügt wurde dort ein Absatz 1a, wonach ein Klinikträger Anspruch auf Ausgleichszahlungen hatte, wenn die 7-Tages-Inzidenz in der

betreffenden Region über 70 pro 100.000 Einwohner und die Auslastung der Intensivbetten über 75% lag. Die Kliniken bekamen dadurch einen Anreiz an hohen Inzidenzen und an einer geringen Zahl verfügbarer Intensivbetten.

Der Bundesrechnungshof legt die Reform-Historie in einem interessanten „*Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung ausgewählter coronabedingter Abgabepositionen des Einzelplans und des Gesundheitsfonds (Abgabe von Schutzmasken an Vulnerable Personengruppen, Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und Aufbau von Intensivbettenkapazitäten*“ ab Seite 23 dar:

*„Der Gesetzgeber beschloss, zugelassenen Krankenhäusern Ausgleichszahlungen für verschobene oder ausgesetzte planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in der Zeit vom 16. März bis 30. September 2020 zu leisten. Ziel war es, freie Kapazitäten für die stationäre Behandlung von COVID-19-Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Diese Ausgleichszahlungen betrugen zunächst 560 Euro pro Tag je ausgebliebener Patientin bzw. ausgebliebenem Patienten.*

*Ab dem 13. Juli 2020 galt eine differenzierte Pauschale nach Art der Klinik zwischen 360 und 760 Euro bzw. 280 Euro für psychiatrische Krankenhäuser.*

*Nach dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz können Krankenhäuser seit dem 18. November 2020 erneut Ausgleichszahlungen erhalten. Voraussetzungen dafür waren zunächst, dass die regionale Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (freies betreibbares intensivmedizinisches Bett) unterhalb von 25 % der Gesamtkapazität lag und eine 7-Tage Inzidenz von über 70 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt bestand.*

*Neben der regionalen Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Betten unterhalb von 25% legte das BMG mit der Rechtsverordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser fest, dass Ausgleichszahlungen seit dem 9. April 2021 gewährt werden können, wenn eine 7-Tage-Inzidenz von über 50 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner besteht.“*

Quelle:https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2021/coronabedingte-ausgaben-volltext.html

Wie der Datenanalyst Tom Lausen in einer Anhörung des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag näher erläuterte (Ausschuss-Drucksache 19(14-2)13(2)), hatte es die Bundesregierung bis einschließlich Sommer 2021 versäumt, eine brauchbare Definition für die Überlastung der Gesundheitssysteme sowie valide Daten zu deren Feststellung zu liefern. Auf S. 13 f. des Berichts von Tom Lausen heißt es dann wörtlich:

*„Eine Überlastung des Gesundheitssystems im Bereich der Intensivstationen lässt sich hieraus gleichwohl zu keinem Zeitpunkt ableiten, nicht einmal auf dem Höhepunkt mit knapp 6.000 gemeldeten COVID-19- Intensivpatienten Anfang Januar 2021. Insbesondere das Vorhalten einer Intensivbettenreserve von anfänglich rund 12.000 Betten*

*belegt, dass die Belastung zu jedem Zeitpunkt der pandemischen Entwicklung unter Kontrolle war, sodass deren Aktivierung nicht erforderlich wurde.“*

Quelle:https://www.bundestag.de/resource/blob/850806/7bd14581e33890e68fe7d57ee67d4cbf/19_14-2_13-2-_ESV-Tom-Lausen-_Langfriste-Konsequenzen-data.pdf

Auffällig ist sodann die Feststellung auf S. 14 ff. des Berichts, dass in dem Moment, da § 21 KHG in seiner heutigen Fassung in Kraft trat, die Anzahl der gemeldeten freien Intensivbetten massiv zurückging. Der drastische Rückgang gemeldeter Intensivbetten im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Einführung der Auslastungsprämie bei 75%iger Belegung der Intensivstationen lässt nur einen Schluss zu: Offenbar meldeten die Kliniken absichtlich zu wenige freie Intensivbetten, um in den Genuss des Zuschlags zu gelangen, der ihnen bei einer Auslastung der Intensivstationen von über 75% winkte.

Des Weiteren bot der Abbau der Klinikbetten eine weitere verlockende Einnahme: Laut § 12 der Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds- Verordnung – KHSFV bekommt jede Klinik für jedes einzelne abgebaute Bett als Anreiz für eine Bettenknappheit zusätzliche Subventionen (finanziert durch den Steuerzahler), konkret:

*„§ 12 Förderungsfähige Kosten*

*(1) Gefördert werden können*

1. *bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Kosten für eine Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses mit*
   - *a) 4500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 11 bis 30 Betten,*
   - *b) 6000 Euro je Bett bei einer Verminderung um 31 bis 60 Betten,*
   - *c) 8500 Euro je Bett bei einer Verminderung um 61 bis 90 Betten,*
   - *d) 12000 Euro je Bett bei einer Verminderung um mehr als 90 Betten,“*

Liest man diese Vorschrift weiter, so kann man die Motivation der bereits in der „Pandemie“ stattgefundenen Schließungen der Kliniken besser verstehen:

> *„höchstens jedoch jeweils in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten, bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,*

2. *bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3 und 5 die Kosten für die Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,*

3. *bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, die die in § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis c genannten Voraussetzungen nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend; ist eine vollständige Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts Bestandteil des Vorhabens, auch die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen,“*

Dass es viel wichtiger wäre, solche Gelder statt in Klinikschließungen in ausreichend Pflegepersonal zu stecken und verbesserte Arbeitsbedingungen zu schaffen, um dauerhaft einen bereits lange bestehenden Gesundheitsnotstand abzuwenden, beleuchtet ein Artikel der Landesärztekammer Hessen mit dem Titel „Krankenhausschließungen – eine deutsche Diskussion inmitten der Pandemie“ von September 2020.

Quelle: https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2020/september-2020/krankenhausschliessungen-eine-deutsche-diskussion-inmitten-der-pandemie

Dass man dazu inmitten der schlimmsten Pandemie aller Zeiten überhaupt darüber diskutiert, breit über Krankenhausschließungen nachzudenken, sie sogar zu vollziehen, offenbart die ganze Widersprüchlichkeit der Pandemie-Erzählung.

*„Kliniken werden geschlossen, obwohl das Gesundheitssystem vor dem Kollaps steht“* titelt die Berliner Zeitung online am 22.01.2021 und führt aus:

*„2020, im Jahr eins des Corona-Zeitalters, wurden 21 Kliniken deutschlandweit vom Netz genommen. Von 30 weiteren Krankenhäusern ist bekannt, dass ihnen die Schließung droht oder ihr Aus schon abgemachte Sache ist. Der Abbau hat in den zurückliegenden Jahren an Fahrt aufgenommen. 1991 gab es im gerade vereinten Land 2411 Kliniken, 2018 waren es 1925, zwölf Monate später nur noch 1914 Krankenhäuser in Deutschland.“*

Quelle: Berliner Zeitung vom 22.1.2021, https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/kliniken-werden-geschlossen-obwohl-das-gesundheitssystem-vor-dem-kollaps-steht-li.132283

Doch zurück zum Artikel der Landesärztekammer Hessen. Zur Frage, welche Notwendigkeiten für das deutsche Gesundheitswesen bestehen, führt der Autor des Artikels, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ernst Hanisch, Folgendes aus:

*„Dazu ist ein gesellschaftlicher Kulturwandel notwendig, der die Wertschätzung des Pflegepersonals auf Augenhöhe in den Mittelpunkt stellt. Und das ist nicht ausschließlich eine Frage der finanziellen Mittel (wobei die These einer ‚Kostenexplosion‘ im deutschen Gesundheitswesen falsch ist), sondern auch eine Frage der Rückbesinnung der Ärzte und Klinikleitungen auf ihre eigentlichen Aufgaben. Nur Anstrengungen für eine Neuorganisation der Pflegeberufe, hin zu einem Team aus Ärzten, Pflegenden und externen Fachleuten wird die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern.*

*Eine höhere Zufriedenheit der Beschäftigten ist das, was man erreichen muss: Der Lohn winkt in Form eines niedrigeren Krankenstands, höherer Popularität des Berufs, längeren Berufskarrieren und freundlicherem, weniger gehetzten Menschen. Ein Gewinn für Jeden!*

*Ein solcher Ansatz für den Pflegenotstand könnte leicht in Modellkliniken umgesetzt werden – wenn man nur wollte. Da wir alle mit einem hohen Maß an kognitiver Voreingenommenheit ausgestattet sind, dürfte dieser Lösungsansatz nicht einfach werden.“*

Ein sehr wichtiger Aspekt, der in der gesamten Corona-Zeit sträflich vernachlässigt wurde. Das vielzitierte Beifall-klatschen hat da keinem in der Pflege Tätigen geholfen.

Lesenswert sind im hier zitierten Artikel der Landesärztekammer Hessen ferner die statistischen Angaben für das Jahr 2017, die ihrerseits vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht worden waren. Bereits oben (IV.3.a) konnte gezeigt werden, dass die durchschnittliche Bettenauslastung während der Corona-Zeit auf 67,3% sank. Die durchschnittliche Verweildauer wird noch anzusprechen sein (unten IV. 3. f). Hier nun der direkte Vergleich zu den Zahlen von 2017:

## Statistik

Wir haben den Ergebnisteil der o. a. Studie, nämlich Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten zu schließen, unter dem Gesichtspunkt „Behebung des Pflegenotstandes“ mit den Daten des Statistischen Bundesamtes 2017[8] abgeglichen und folgende Ergebnisse ermittelt:

- Anzahl der Krankenhäuser insgesamt in Deutschland: n = 1.942 (Stand 2017)
- Mittlere Verweildauer 7,3 Tage
- Durchschnittliche Bettenauslastung 77,8 %

Quelle: https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2020/september-2020/krankenhausschliessungen-eine-deutsche-diskussion-inmitten-der-pandemie

Soweit der Blick zurück in das Jahr 2017. Betrachten wir die heutige Situation in einem besonders sensiblen Bereich der Kliniken, nämlich den Intensivstationen, fällt eine weitere Inkonsistenz in jener Politik auf, die angeblich der Bekämpfung einer besonders bedrohlichen Seuche diente: Momentan Anfang 2024 ist die Situation auf deutschen Intensivstationen tatsächlich angespannt. Aber niemanden interessiert dies. Ein aktueller Medienbericht fasst die Lage so zusammen (im Original fettgedruckt):

*„Nur noch 1755 freie Intensivbetten stehen in der ganzen Republik zur Verfügung, wie das DIVI-Intensivregister mitteilt. Das sind erschreckende Negativ-Werte, die nicht einmal während der schwersten Corona-Wellen zum Jahreswechsel 2020/2021 (Tiefstand: 3425 freie Intensivbetten) oder kurz vor Weihnachten 2021 (Tiefstand: 2194) erreicht worden sind.“*

Quelle: NiUS vom 1.2.2024, https://www.nius.de/politik/intensivstationen-heute-voller-als-zur-schlimmsten-corona-zeit-aber-nicht-mal-lauterbach-warnt-mehr/9695c33a-fc73-4f0f-a212-ea1902979ac3.

Dieser Befund provoziert die Frage, ob es mit den Corona-Maßnahmen seinerzeit wirklich um den Schutz unserer Gesundheitssysteme gegangen sein kann.

### e) Die Situation der Kliniken in Sachsen

Um die Situation in den Kliniken im Freistaat Sachsen zu betrachten, empfiehlt sich ein Blick in den Datenbrowser InEK. Was dieser Datenbrowser ist und wofür er aufgesetzt wurde, wird im Internet wie folgt erklärt (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Mit dem 2. Bevölkerungsschutzgesetz wurden die Krankenhäuser mit § 21 Abs. 3b KHEntgG (vorher in § 24 Abs. 2 KHG) verpflichtet, über das unterjährige Leistungsgeschehen Daten gem. § 21 KHEntgG zum 15. Juni, zum 15. Oktober und zum 15. Januar (Entlassung der Fälle 01.01.-31.05., 01.01.-30.09. bzw. 01.01.-31.12. des laufenden Kalenderjahres) an die Datenstelle zu liefern.* ***Die Daten sollen „für eine fundierte und sachorientierte Überprüfung der Auswirkungen der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen“ eine aussagekräftige und belastbare Informationsgrundlage schaffen****. Das Gesetz ermöglicht dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zudem, Auswertungen für seine Belange sowie für die Überprüfung der Auswirkungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes beim InEK anzufordern. Erkenntnisse aus der Informationsgrundlage sind aber auch für die Wissenschaft von großem Interesse. Das BMG hat das InEK daher um eine Möglichkeit gebeten, anonymisierte Daten für weitergehende Analysen zur Verfügung zu stellen. Dieser Bitte kommt das InEK mit der Bereitstellung des InEK DatenBrowsers nach.“*

Quelle: https://datenbrowser.inek.org/.

Will man speziell in Sachsen die Kliniksituation betrachten, ermöglicht es der InEK-Datenbrowser, die Daten für Sachsen eigens abzurufen. Um eine schlimme Pandemie zu verifizieren, hätte man dort Auffälligkeiten in 2020 erwartet und, als Grund für die Notfall-VO, eine deutliche bis dramatische Erhöhung der Hospitalisierungen und Intensivaufenthalte im November 2021 im Vergleich zu den Vorjahren.

Vergleicht man nun dort die Zahlen der Jahre 2019, 2020, 2021 und 2022 im November, zeigen sich derartig Auffälligkeiten gerade nicht:

Bundesland Sachsen Hospitalisierungen - Aufnahmen

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|
| **Hospitalisierungen Fälle Aufnahmen** | | | | |
| 01.11. - 07.11. | 20.404 | 17.628 | 17.128 | 17.823 |
| 08.11. - 14.11. | 19.790 | 16.731 | 16.784 | 17.674 |
| 15.11. - 21.11. | 17.595 | 13.684 | 14.140 | 15.603 |
| 22.11. - 28.11. | 19.834 | 14.311 | 15.471 | 17.445 |
| **Aufnahmen Nov.** | 77.623 | 62.354 | 63.523 | 68.545 |
| Entlassungen Nov. | 75.821 | 64.334 | 64.718 | 66.438 |
| | | | | |
| **Intensivaufenthalt Fälle Aufnahmen** | | | | |
| 01.11. - 07.11. | 1.924 | 1.642 | 1.719 | 1.778 |
| 08.11. - 14.11. | 1.828 | 1.592 | 1.703 | 1.766 |
| 15.11. - 21.11. | 1.589 | 1.349 | 1.525 | 1.659 |
| 22.11. - 28.11. | 1.801 | 1.401 | 1.567 | 1.702 |
| **Aufnahmen Nov.** | 7.142 | 5.984 | 6.514 | 6.905 |
| Entlassungen Nov. | 7.305 | 6.873 | 6.465 | 6.933 |

Die Filterung erfolgte im InEK-Datenbrowser für die Jahre 2019, 2020, 2021 und 2022 (linke Seite im Browserfenster) nach den Suchkriterien: Bundesland Sachsen, Aufnahme und Entlassungsdatum, sowie im unteren Teil unserer obigen Tabelle auch noch die Selektion „mit Intensivaufenthalt“. Der Datenbrowser ist nach Akzeptieren der Nutzungsbedingungen für Jeden frei nutzbar. Der erkennende Senat kann also die hier vorgelegten Daten, die wir der Übersichtlichkeit halber in eine Tabelle gefügt haben, selbst reproduzieren, wenn er auf dem InEK-Datenbrowser die soeben wiedergegebenen Suchbegriffe eingibt.

Es bleibt ein möglicher Einwand: Lag vielleicht ein Großteil der Hospitalisierten wegen COVID-19 in der Klinik und waren die Krankenhäuser daher nicht mehr in der Lage, andere Patienten aufzunehmen? Um diesem Einwand näherzutreten, empfiehlt sich der Blick auf die Antwort der sächsischen Staatsregierung auf eine Große Anfrage (landtags-Drucksache-Nr.: 7/13581).

Quelle: https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=13581&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined

Demnach war nur bei 3% der gemeldeten Patienten der Hospitalisierungsgrund überhaupt erhoben worden. Im Original heißt es in diesem Dokument:

*„Meldedaten der Krankenhäuser*

*Frage 1: Wie viele Patienten wurden in den einzelnen Kalenderwochen seit Beginn der entsprechenden Meldepflicht in Bezug auf COVID-19 in Sachsen hospitalisiert? (Bitte aufschlüsseln nach den Altersgruppen 0–18 Jahre, 19–35 Jahre, 36–60 Jahre sowie über 60 Jahre, der Behandlung auf Intensiv- oder Normalstation und dem Impfstatus in Bezug auf eine COVID-Impfung – Aktualisierung der Angaben aus Drs. 7/12628.)“*

Als Antwort auf diese Frage wird eine Tabelle geliefert:

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES
UND GESELLSCHAFTLICHEN
ZUSAMMENHALT

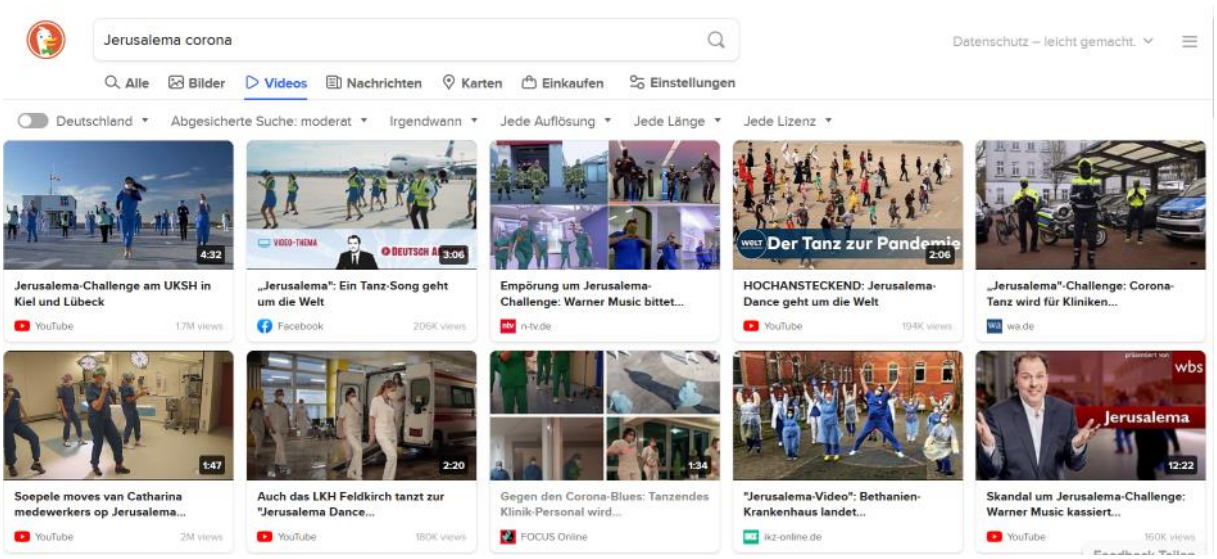
Freistaat
SACHSEN

| Hospitalisierungsgrund | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| Hospitalisiert aufgrund der gemeldeten Krankheit | 6,1% | 3,0% | 1,2% |
| Hospitalisiert aufgrund einer anderen Ursache als der gemeldeten Krankheit | 0,4% | 0,2% | 0,2% |
| Hospitalisiert zur Isolierung | 0,001% | 0,001% | 0,0003% |
| Hospitalisiert, Ursache ist unbekannt | 0,10% | 0,05% | 0,11% |
| -nicht erhoben- | 93,4% | 96,7% | 98,4% |
| -nicht ermittelbar- | 0,01% | 0,02% | 0,01% |

Quelle: https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=13581&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined, Seite 2

Warum in einer angeblichen „Killervirus-Pandemie“, in der sich jeder ständig, gerade auch in den Kliniken, testen lassen musste, beim weitaus überwiegenden Anteil von sage und schreibe 96,7% der Hospitalisierungsgrund nicht erhoben wurde, ist nicht nachvollziehbar. Aber vielleicht sahen die Kliniken seinerzeit auch gar keinen Anlass, den Hospitalisierungsgrund zu erheben, weil das dortige Leistungsgeschehen wirklich gar keine Beunruhigung rechtfertigte. Wie sonst lassen sich Videos von tanzendem Klinikpersonal in der „schlimmsten Pandemie aller Zeiten“ erklären?

Quelle: https://www.focus.de/panorama/welt/aengsten-und-sorgen-etwas-entgegen-setzen-gegen-den-corona-blues-tanzendes-klinik-personal-wird-zum-internet-hit_id_12672217.html oder über eine schnelle Suche diese Ergebnisse:




Quelle: https://duckduckgo.com/?q=Jerusalema+corona&t=newext&atb=v298-1&iax=videos&ia=videos

Mit alledem soll die Leistung des ärztlichen und des pflegenden Personals in den Kliniken in keiner Weise relativiert, sondern nur der scharfe Kontrast zwischen den alltäglichen Meldungen („fürchterliche Überlastung der Krankenhäuser, Gesundheitssystem vor dem Kollaps“) und der Wirklichkeit vor Augen geführt werden. Gewiss war das Leistungsgeschehen auch nicht in allen Kliniken das gleiche. Aber Videos dieser Art

dürfte es nicht geben, wenn die alltäglichen Meldungen die Realität angemessen abbilden würden. Denn hätten wir uns wirklich Sorgen um unser Gesundheitssystem machen müssen, hätten die Beschäftigten in den Kliniken alle Hände voll zu tun gehabt. Und zwar durchgängig in *sämtlichen* Kliniken. Dann gäbe es solche Tanz-Videos schlicht nicht.

Derartige Videos wurden auch in Krankenhäusern in Sachsen aufgenommen. Ich verweise hierzu lediglich auf das Video „Die Welt tanzt zur Jerusalema Challenge. Und wir tanzen in der Sachsenklinik Bad Lausick bei Leipzig mit."

Quelle: https://www.youtube.com/watch?v=TrQJryGS5Og

Auch in Sachsen gab es zumindest in einzelnen Klinken Grund (und genug Zeit und Kraft) für das Klinikpersonal zum Tanzen und Feiern, ja sogar für das Einstudieren aufwendiger Choreographien. Und damit auch insgesamt keinen Grund zur Sorge.

Die Große Anfrage (Landtags-Drucksache Nr.: 7/13581) hält noch weitere interessante Informationen bereit. Wir blicken auf die Passage ab S. 10 dieses Dokuments (Hervorhebungen im Antworttext nicht im Original):

***„Gefahreneinschätzung der Corona-Lage***

***Frage 28: Trifft die Staatsregierung eine eigene Gefahreneinschätzung der Corona-Lage und Gefahr in Sachsen, aus welcher Maßnahmen begründet und festgelegt werden?***

***a. Wenn nein: Welche und wessen Einschätzung wird für die Beurteilung der Corona-Gefahr im Freistaat Sachsen herangezogen?***

***b. Wenn ja: Welche genauen Parameter werden zur Gefahreneinschätzung herangezogen?***

***Die Staatsregierung traf seit Beginn der Pandemie auch eigene Gefahreneinschätzungen der Corona-Lage*** *unter Einbeziehung der sich fortlaufend mehrenden Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung zu dem neuartigen Virus. Das RKI veröffentlichte beginnend mit dem 4. März 2020 täglich Situationsberichte, in denen die pandemische Entwicklung im Zusammenhang mit COVID-19 dargestellt wurde. Dargestellt wurden u. a. die aktuellen statistischen Werte wie Infektionszahlen und der Anteil der Verstorbenen sowie klinische Aspekte der Erkrankung. Ab dem 15. April 2020 wurde auch die Reproduktionszahl (R-Wert) als Indikator der Virusverbreitung ergänzt. Das RKI bewertete zudem die jeweils aktuelle Gefährdungslage. Die Staatsregierung hat zur Lagebeurteilung immer verschiedene verfügbare Indikatoren herangezogen. Auf Grundlage der Ausgangsposition der grundsätzlichen Bedrohung für Gesundheit und Leben der Menschen wurde zunächst mit der 7-Tage-Inzidenz als Kennwert für das Ergreifen von Maßnahmen gearbeitet. Im Laufe der Pandemie änderten sich die Rahmenbedingungen, etwa durch die Verfügbarkeit von Impfstoffen und einer zunehmenden Immunisierung der Bevölkerung. So wurden Schutzmaßnahmen sowie der Zeitpunkt zu deren Ergreifen weiter angepasst. Neben weiteren Indikatoren, die für*

*eine interne Lagebeurteilung unterstützend einflossen (Infektionsgeschehen in Nachbarländern, die Impf- und Immunisierungsquoten etc.),* ***wurde Ende des Sommers 2021 der Schwerpunkt auf den Kennwert der Bettenbelegung in sächsischen Krankenhäusern mit COVID-Patientinnen und -Patienten gelegt****. In Sachsen wurde ein Stufenmodell entwickelt, das eine Überlastung des Gesundheitssystems vermeiden sollte. Mittels der Sächsischen Corona-SchutzVerordnung wurden auf Grundlage von Einschätzungen der beratenden Expertinnen und Experten sogenannte Warnstufen eingeführt. Diese dienten als Orientierungswerte für eine unmittelbar drohende Überlastung des Gesundheitssystems in Sachsen, in dessen* [S.11] *Zuge weitere Maßnahmen geprüft werden sollten. Diese Stufen bezogen sich zunächst sowohl auf das Erreichen einer bestimmten Belegungskapazität auf den Normalstationen sowie den Intensivstationen der sächsischen Krankenhäuser. Zeitweilig wurden diese mit übergangsweise geltenden Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes, namentlich der 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz, verbunden."*

Dies provoziert die Frage, wie denn der Schwerpunkt auf die Bettenbelegung in sächsischen Krankenhäusern mit COVID-Patientinnen- und Patienten gelegt werden konnte, wenn bei 96,7% der aufgenommenen Patienten der Hospitalisierungsgrund, trotzt Dauertestungen gerade auch in den Kliniken, überhaupt nicht erfasst wurde. Die sächsische Staatsregierung hat ihr eigenes Erfassungskonzept nicht praktisch umgesetzt.

Also auf welcher soliden Daten-Grundlage wurde die Corona-Notfallverordnung des Freistaates Sachsen vom 19.11.2021 denn erstellt? Wir zitieren weiter die Antworten der Sächsischen Staatsregierung auf die Große Anfrage (Hervorhebungen des Antworttextes nicht im Original):

***Frage 31: In Drs. 7/7350 führte die Staatsregierung zu den Fragen 7–10 aus, dass keine Erkenntnisse darüber vorliegen würden, ob bei einem COVID-Patienten COVID auch der ursächliche Behandlungsgrund oder ob COVID bzw. ein positiver Test nur eine Nebendiagnose / Nebenbefund war. Inwieweit hat die Staatsregierung seither Aufklärung darüber betrieben, wer ursächlich wegen COVID-19 hospitalisiert war? a. Seit wann liegen ggf. diese Erkenntnisse vor? b. Falls diese Erkenntnisse vorliegen: Wie hoch war die Anzahl und der Anteil der COVID-Patienten, die ursächlich wegen COVID behandelt worden sind in den einzelnen Kalenderwochen seit Beginn der Corona-Krise? (Bitte nach intensivpflichtigen Patienten und Patienten auf Normalstation aufschlüsseln.)***

*Zusammenfassende Antwort auf die Fragen 31 a und 31 b*

***Die zur Verfügung stehenden Behandlungsdaten der Plankrankenhäuser lassen es weiterhin nicht zu, festzustellen, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der SARS-CoV-2-Infektion bzw. der COVID-19-Erkrankung und der Krankenhausbehandlung bestand****. Zwar werden Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnose hinterlegt (kodiert), aber auch die Kodierung als Hauptdiagnose lässt keinen*

*sicheren Schluss zu, dass dies der Auslöser der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit war.*

***c. Inwieweit erachtet die Staatsregierung es als notwendig, diese Erkenntnisse zu erheben? Wenn nicht, warum nicht?***

***Von einer Beantwortung wird abgesehen.***

***Die Frage ist auf eine Bewertung gerichtet, die die Staatsregierung bisher nicht getroffen hat.***

***Zur Abgabe einer Bewertung ist die Staatsregierung nicht verpflichtet**.“*

Quelle: https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=13581&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined, Seite 10-11

Wir halten also fest:

- Der „Schwerpunkt wurde auf den Kennwert der Bettenbelegung in sächsischen Krankenhäusern mit COVID-Patientinnen und -Patienten“ gelegt. Dann aber wurde bei 96,7% der Patienten nicht danach gefragt, warum sie eigentlich im Krankenhaus liegen.
- Die Daten lassen keine Bewertung zu, ob die Patienten gerade *wegen* Corona im Krankenhaus lagen.

Die sächsische Staatsregierung ist also nicht nur tatsächlich außerstande, die „Killerpandemie“ im Freistaat Sachsen mit belastbaren Fakten zu belegen – sie *bemüht sich noch nicht einmal darum*! Denn hätte sie sich darum bemüht, hätte sie im Rahmen der Klinikaufsicht die Krankenhäuser nachdrücklich dazu angehalten, die entsprechenden Daten zu erheben und zu übermitteln. Umso unverständlicher ist es, wenn dann aber auf der Grundlage nicht vorhandener Daten Grundrechte eingeschränkt werden. Noch weniger nachvollziehbar ist, warum die sächsische Staatsregierung am 21.11.2021 in einer Nacht-und-Nebel-Aktion versucht hat, die Schutz-VO durch die Notfall-VO zu ersetzen. Wo ist hier das bedrohliche und sich dynamisch entwickelnde Erkrankungsgeschehen, dessentwegen die Antragstellerin mit einer jederzeitigen kurzfristigen Intervention der sächsischen Staatsregierung hätte rechnen müssen?

Fazit: Die sächsische Staatsregierung hatte *keine belastbaren* (bzw. eigentlich so gut wie überhaupt keine) Daten, und der InEK-Datenbrowser zeigt *keine auffälligen* Daten. Abermals sind wir auf der Suche nach der schlimmsten Killer-Pandemie aller Zeiten gescheitert.

## f) Die Verweildauer

Blicken wir nun auf einen weiteren Aspekt, der für die Pandemie-Erzählung wesentlich sein könnte: Wie lange wurden die einmal aufgenommenen Patienten stationär behandelt?

Wenn nämlich die Zahl der *Klinikaufnahmen* weder in Sachsen, noch in ganz Deutschland keinen auffälligen Befund ergibt, ob mit oder ohne COVID-19, so lässt sich das Szenario einer Überlastung der Gesundheitssysteme allenfalls dann noch halten, wenn die Menschen, die an COVID-19 erkranken, überdurchschnittlich lange in den Kliniken bleiben müssen – so lange, dass ihr Verweilen in der Klinik auf Dauer zu einer bedrohlichen Verkürzung der Versorgungskapazitäten insgesamt führt. Es müsste also auch im gesamten (also ohne Beschränkung auf COVID-19) Leistungsgeschehen in den Kliniken zu einer dramatischen Zunahme der durchschnittlichen Verweildauer gekommen sein.

Wir stellen aber nun beim Besuch der Webseite „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ Folgendes fest: Die durchschnittliche Verweildauer sank von 7.4 Tagen in 2015 auf 7,3 Tage in 2018 und auf 7,2 Tage in 2019/2020/2021/2022.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Startseite | Über uns | Erklärung zur Barrierefreiheit | Service | Kontakt (derzeit nicht in Funktion) | Impressum | Systembedienung | Sitemap

Ihr Suchwort Los
Erweiterte Suche

**Recherche nach Themen**
Gesundheitsberichterstattung
Rahmenbedingungen
Gesundheitliche Lage
Gesundheitsverhalten und -gefährdungen
Krankheiten/ Gesundheitsprobleme
Gesundheitsversorgung
Ausgaben, Kosten, Finanzierung

**Recherche nach Datenquellen**
Daten aus Deutschland
Internationale Daten

Sie sind hier: Startseite > Krankheiten/ Gesundheitsprobleme > Krankheiten allgemein > Tabelle
(gestaltbar): Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)

**Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10**

**Diese Tabelle bezieht sich auf:**
**Region**: Deutschland, **ICD10**: Alle Diagnosen/Behandlungsanlässe, **Art der Standardisierung**: Standardbevölkerung "Deutschland 2011"

| Sachverhalt | Jahr (aufsteigend) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | |
| **Absolute Fallzahl (Behandlungsort der Patienten/-innen)** Info | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 17.204.072 | 17.157.549 | 17.265.142 | 19.855.784 | 19.808.687 | 19.952.735 | 20.063.689 | 19.758.261 | 19.632.764 | 1 |
| männlich | 8.308.382 | 8.232.341 | 8.322.422 | 9.535.870 | 9.486.268 | 9.523.654 | 9.556.083 | 9.403.478 | 9.298.558 | |
| weiblich | 8.895.685 | 8.925.204 | 8.942.702 | 10.319.847 | 10.322.410 | 10.428.932 | 10.507.577 | 10.354.778 | 10.334.188 | 1 |
| **Kurzlieger (1 bis 3 Tage)** | 8.147.845 | 7.992.915 | 7.916.752 | 8.917.196 | 8.735.426 | 8.636.473 | 8.547.401 | 8.242.851 | 8.022.387 | |
| **Stundenfälle** | 368.032 | 416.209 | 439.958 | 522.533 | 543.869 | 565.395 | 583.186 | 565.982 | 559.693 | |
| **Sterbefälle** | 457.743 | 447.473 | 424.635 | 427.199 | 437.398 | 427.917 | 419.359 | 427.201 | 403.787 | |
| **Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)** | 7,2 | 7,2 | 7,2 | 7,2 | 7,3 | 7,3 | 7,3 | 7,4 | 7,4 | |
| Die folgenden Fallzahlen wurden ohne Patienten/-innen mit ausländischem/unbekanntem Wohnsitz, Alter, Geschlecht ermittelt. | | | | | | | | | | |
| **Absolute Fallzahl (Wohnsitz der Patienten/-innen)** Info | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 17.130.907 | 17.095.256 | 17.200.539 | 19.758.418 | 19.701.560 | 19.853.007 | 19.960.086 | 19.654.138 | 19.531.642 | 1 |

Quelle: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=29043818&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=550&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=

Damit wird insbesondere eine Schreckensprognose entkräftet, die ein Autoren-Team um den früheren RKI-Chef Lothar Wieler im Epidemischen Bulletin Nr. 14/2020 unter dem Titel „Schwereeinschätzung von COVID-19 mit Vergleichsdaten zu Pneumonien aus dem Krankenhaussentinel für schwere akute Atemwegserkrankungen am RKI (ICOSARI)“ veröffentlichte.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/14_20.html.

Darin stellte das Autoren-Team die Prognose auf, dass die von COVID-19 betroffenen Patienten länger liegen müssten und auch länger beatmet werden müssten.

*„Unsere bisherigen Ergebnisse weisen auf einen deutlich höheren Anteil beatmungspflichtiger COVID-19-Patienten hin, die im Vergleich zu saisonalen Grippewellen eher*

*jünger sein können, sehr viel länger beatmet werden müssen und nicht unbedingt an Grunderkrankungen leiden."*

Auch die Auswertungen des Leibniz-Instituts für das Bundesgesundheitsministerium „Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise- Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020" erwähnen auf Seite 7 den Rückgang der Verweildauer (Hervorhebungen nicht im Original):

*„**Verweildauertage: Im DRG-Bereich gingen die Verweildauertage insgesamt** wegen der nur geringfügig längeren Verweildauer fast so stark zurück wie die Fallzahlen, nämlich um 12%. Die Unterschiede nach Krankenhausgröße waren hier hingegen deutlich: so **betrug der Rückgang bei den kleinen Krankenhäusern 15%, bei den mittleren 13% und den großen ‚nur' 11%.** Unter den Bundesländern war der Rückgang in Bremen mit 4% am geringsten, während er in fünf Bundesländern bei 14% lag. Im PEPP-Bereich gingen die Verweildauertage um 13% zurück."*

Quelle:https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf Seite 7

Diese Feststellungen erlauben die Folgerung: COVID-19 macht nicht nur nicht *mehr* Menschen krank als sonst – es macht auch jene, die erkranken, nicht *schwerer* krank, als dies bei anderen Atemwegsinfekten der Fall ist.

## g) Diagnosedaten der Krankenhäuser

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes kündet ebenfalls nicht von einem erhöhten Patientenaufkommen. Wir finden zur Entwicklung der Fallzahlen die folgende Tabelle:

| Sachverhalt | Jahr (aufsteigend) | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2005 |
| Absolute Fallzahl (Behandlungsort der Patienten/-innen) Info | | | | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 17.204.072 | 17.157.549 | 17.265.142 | 19.855.784 | 19.808.687 | 19.952.735 | 20.063.689 | 19.758.261 | 19.632.764 | 19.249.313 | 19.082.321 | 18.797.989 | 18.489.998 | 17.033.742 |
| Altersspezifische Fallzahl je 100.000 Einwohner Info | | | | | | | | | | | | | | |
| unter 15 Jahren | 13.804 | 13.809 | 13.634 | 15.916 | 16.210 | 16.488 | 16.859 | 16.605 | 16.726 | 16.436 | 16.296 | 16.169 | 16.171 | 15.284 |
| 15 bis unter 45 Jahre | 11.694 | 12.201 | 12.102 | 13.917 | 14.094 | 14.373 | 14.774 | 14.541 | 14.665 | 14.286 | 14.201 | 14.005 | 13.395 | 12.348 |
| 45 bis unter 65 Jahre | 17.308 | 17.649 | 17.796 | 20.340 | 20.207 | 20.398 | 20.613 | 20.488 | 20.675 | 20.519 | 20.555 | 20.544 | 19.872 | 19.498 |
| 65 Jahre und älter | 42.646 | 41.890 | 42.791 | 49.479 | 49.348 | 49.855 | 49.943 | 49.945 | 49.810 | 49.401 | 49.204 | 48.434 | 46.938 | 43.774 |

Wir sehen also in dieser Tabelle einen deutlichen Rückgang der „Altersspezifischen Fallzahl je 100.000 Einwohner" sowohl bei den Patienten unter 15 Jahren, 15 bis unter 45 Jahre, 45 bis unter 65 Jahre, ja sogar 65 Jahre und älter: Alle Fallzahlen sanken seit Beginn der angeblich schlimmsten Pandemie aller Zeiten.

Quelle: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=29043818&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=550&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=.

## h) Weitere Inkonsistenzen

In keiner Weise passt es zur angeblich drohenden Überlastung der Kliniken, dass Ärzte und Praxen bereits im Jahr 2020 insgesamt sage und schreibe 410.000 Beschäftigte in Kurzarbeit schickten.

Quelle: Handelsblatt vom 27.7.2020, https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitswesen-aerzte-und-kliniken-meldeten-kurzarbeit-fuer-mehr-als-400-000-beschaeftigte-an/26041384.html?ticket=ST-119132-OfKOtW5Sm5FSTIxg7Bep-ap2.

Ebenso wenig leuchtet ein, weswegen in Deutschland mit Blick auf eine angeblich drohende Überlastung der Kliniken harte Grundrechtseinschnitte verhängt wurden, gleichzeitig aber deutsche Kliniken sich in der Lage sahen, Patienten aus dem Ausland aufzunehmen.

Quelle: Ärzteblatt vom 24.3.2020, https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111286/Deutsche-Krankenhaeuser-nehmen-COVID-19-Patienten-aus-Italien-und-Frankreich-auf.

MDR vom 16.10.2020, https://www.mdr.de/nachrichten/welt/osteuropa/politik/deutschland-will-covid-patienten-aus-tschechien-aufnehmen-100.html.

Auch Sachsen erklärte sich frühzeitig bereit, COVID-19-Patienten aus Polen und Tschechien in sächsischen Kliniken zu behandeln.

Quelle: Radio Prague International vom 9.4.2020, https://deutsch.radio.cz/sachsen-bietet-krankenhausbetten-fuer-tschechische-covid-19-patienten-8103233.

Pressemitteilung der Krankenhausgesellschaft Sachsen vom 5.3.2021, https://khg-sachsen.de/2021/03/05/freistaat-unterstuetzt-tschechische-republik-bei-eindaemmung-der-corona-pandemie/, unter Hinweis auf einen dort abrufbaren Brief der sächsischen Staatsregierung vom 5.3.2021.

## i) Und was sagt das RKI?

Fazit: Befürchtungen, die Kliniken könnten überlastet werden, hatten zu keinem Zeitpunkt irgendeine Substanz. Die Bundesregierung musste daher auch auf eine parlamentarische Anfrage Folgendes einräumen (Bundestags-Drucksache 20/9036, Seite 38):

> 79. War das Gesundheitssystem in Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2020 bundesweit überlastet, und wenn ja, wann, an welchen Tagen war das Gesundheitssystem durch welche Umstände aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie überlastet?
>
> Das RKI hat für den Zeitraum, in dem die Kapazitäten von Gesundheitsämtern abgefragt wurden, keine bundesweite Überlastung dokumentiert.

Quelle: https://dserver.bundestag.de/btd/20/090/2009036.pdf.

### j) Ist dies alles das Verdienst der Maßnahmen?

Befürworter der Corona-Maßnahmen werden womöglich einwenden, es zeuge gerade vom Erfolg der strengen deutschen Corona-Politik, dass es nicht zu einer Überlastung der Gesundheitssysteme gekommen sei. Dieser Aspekt wird hier an späterer Stelle aufgegriffen (unten Punkt IV. 7.). Hier nur so viel: Die Maßnahmen haben mehr geschadet als genutzt.

Das gilt vor allem für ältere Menschen, die angeblich mithilfe der Maßnahmen besonders geschützt werden sollten. Der Mitteldeutsche Rundfunk stellte im Juli 2023 eine Studie vor, die aus Alten- und Pflegeheimen Erschreckendes berichtete. Die Ergebnisse werden in dem MDR-Artikel wie folgt zusammengefasst (Hervorhebung nicht im Original):

*„Zentrale Erkenntnis: In stationären Pflegeeinrichtungen seien Schutzmaßnahmen wie Isolation und Quarantäne kontraproduktiv. Viele alte Menschen hätten den Sinn der sozialen Abgrenzung nicht nachvollziehen können und sich "weggesperrt" gefühlt.*

*So seien die alten Menschen vereinsamt, hätten sich zurückgezogen und teilweise depressive Symptome gezeigt.* ***Einige Heimbewohner seien vermutlich aufgrund der anhaltenden Einsamkeit verstorben****. Bei zwei Drittel der Betroffenen sei es vermehrt zu Stimmungsschwankungen gekommen. Ängste und Sorgen hätten während der Pandemie zugenommen.*

*Zudem seien die Konsequenzen im Alltag spürbar. Demnach verloren Heimbewohner unter anderem ihre Gewohnheiten. Auch die körperliche Alterung sei beschleunigt worden.“*

Quelle: MDR vom 17.7.2023, https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen/dresden/dresden-radebeul/corona-isolation-auswirkungen-pflegeeinrichtungen-studie-100.html.

Weitere Ausführungen zum Nachweis, dass die Corona-Maßnahmen für die Eindämmung von SARS CoV-2 keinerlei Nutzen gestiftet, wohl aber beträchtlichen Schaden angerichtet haben, werden folgen (unten IV. 7.).

## 4. Daten zum Erkrankungsgeschehen

Wenn aber die „Killer-Pandemie“ in den Krankenhäusern nicht sichtbar war (weder in Sachsen noch andernorts in Deutschland): Wie kamen Politiker und Medien dann dazu, je nach der jeweiligen Situation ein dramatisches Infektionsgeschehen entweder als gegeben festzustellen oder aber die Befürchtung davor zu schüren? Gehen wir daher den verfügbaren amtlichen Daten zum Infektionsgeschehen auf den Grund. Vielleicht haben die Kliniken ja nur Glück gehabt und sind um Haaresbreite an der großen Katastrophe vorbeigeschrammt?

Bei alledem ist an die allgemein bekannte Erkenntnis anzuknüpfen, dass „infiziert“ nicht mit „krank“ oder „ansteckend“ gleichzusetzen ist. Seinen gesetzlichen Niederschlag findet diese Erkenntnis darin, dass eine „Infektion“ in § 2 Nr. 2 IfSG eine andere Definition erhalten hat als ein „Kranker“ in § 2 Nr. 4 IfSG. Suchen wir also zunächst Daten zur Anzahl derer, die tatsächlich an COVID-19 erkrankt sind bzw. waren.

## a) RKI-Sentinel-Erhebungen

Wir bleiben dabei zunächst im Bereich der Kliniken und führen eine wichtige Abkürzung ein: SARI. Diese Abkürzung steht für „Schwere Akute Respiratorische (= die Atmung betreffende) Infektionen“ – wobei hier mit „Infektionen“ mit Blick auf die Attribute „schwer“ und „akut“ tatsächlich veritable Erkrankungen gemeint sind. Der Begriff „Sentinel“ ist § 13 Abs. 2 IfSG entnommen. Bei einem Sentinel handelt es sich um ein Instrument epidemiologischer Überwachung, bei dem ausgewählte Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Arztpraxen) an das RKI melden, welche Erkrankungen mit welchem Erreger dort aufgetreten sind.

Blicken wir also auf die SARI-Sentinel-Erhebungen des RKI, so finden wir die Hypothese einer Killer-Pandemie abermals nicht erhärtet. Die nachstehende Grafik bildet die aktuelle Inzidenz (rote Kurve) schwerer Atemwegsinfekte im Vergleich mit den Vorjahren ab:

### Daten aus dem SARI-Krankenhaus-Sentinel

Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) war die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in den Wochen vor dem Jahreswechsel hoch. In der 1. KW 2024 ist die SARI-Inzidenz jedoch deutlich zurückgegangen. Sie lag aber noch auf einem erhöhten Niveau (Abb. 6).

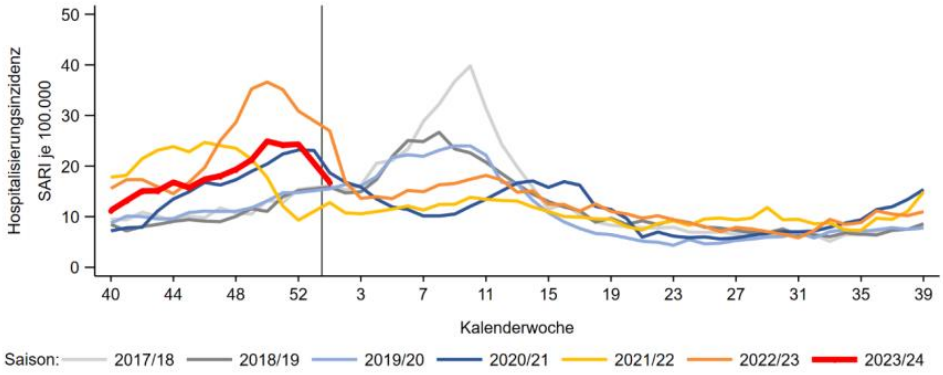



**Abb. 6**: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einw. der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22), in den Saisons 2017/18 bis 2023/24 (bis zur 1. KW 2024), Daten aus 67 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert die 1. KW des Jahres.

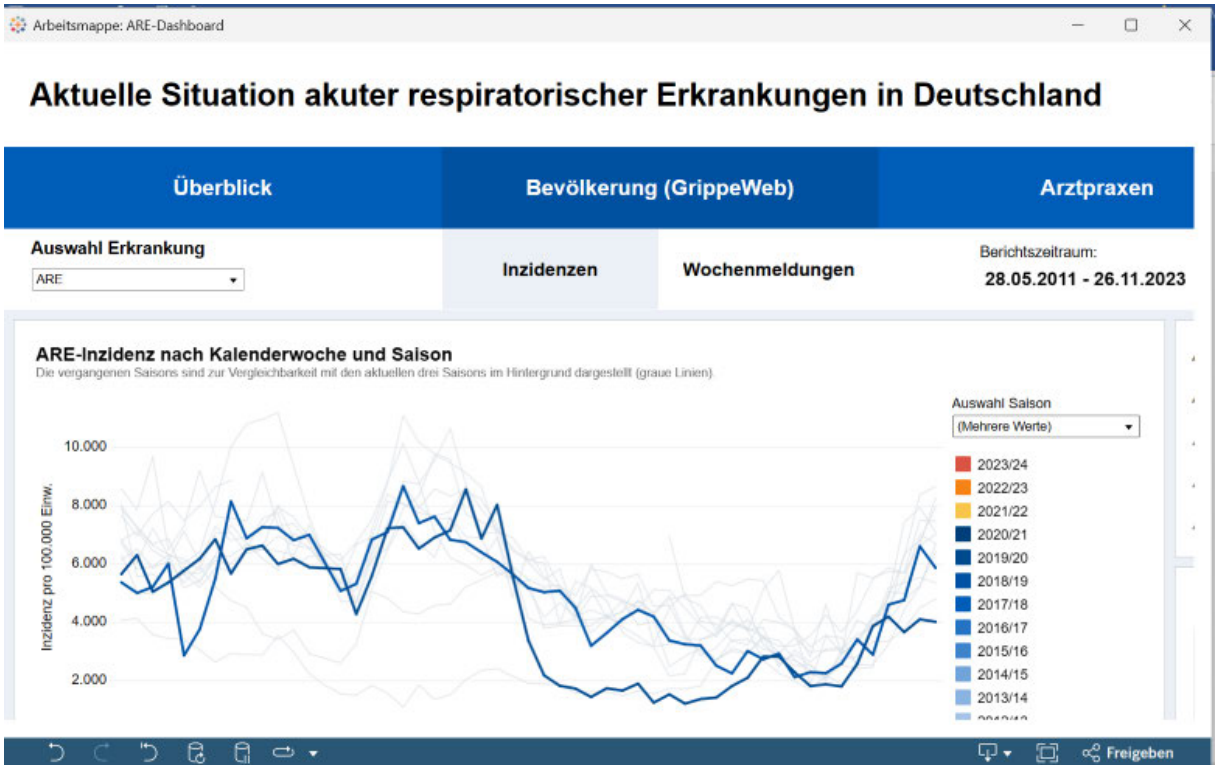
Quelle: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2023_2024/2024-01.pdf Seite 6

Diese Grafik lässt für die Winter-Saison 2019/2020 (hellblaue Kurve) keine und für 2020/2021 (dunkelblaue Kurve) nur moderate Auffälligkeiten erkennen. Temporär erhöht, in den Spitzenwerten aber letztlich vergleichbar mit 2020/2021 ist die gelbe Kurve, die das Krankheitsgeschehen 2021/2022 anzeigt. Einen klaren Ausreißer nach oben zeigt dann die orangefarbene Kurve für 2022/2023 – dort reichen die Spitzenwerte nahe an jene der berüchtigten Grippe-Saison 2017/2018 heran.

Will man diese Grafik interpretieren, liegen zwei Schlussfolgerungen auf der Hand: Zum einen haben die COVID-Injektionen den massiven Anstieg 2022/2023 nicht verhindern können; man muss sich sogar die Frage nach einer negativen Impfwirksamkeit stellen. Dies stellt namentlich die Rechtfertigung jeglicher Rechtsvorschriften in Frage, die den Zugang zu Veranstaltungen von einem 2G-Nachweis abhängig machten (siehe etwa §§ 6a, 8, 10 Abs. 4 Schutz-VO). Zum anderen verzeichnen wir 2019/2020 und 2020/2021 nichts, was auch nur annähernd an die Grippewelle 2017/2018 heranreicht – die bekanntlich keinerlei Lockdown-Maßnahmen nach sich gezogen hatte.

### b) Das ARE-Dashboard des RKI

Aber wir geben auf der Suche nach der schlimmsten Pandemie aller Zeiten noch lange nicht auf. Um das Nachfolgende verständlich zu machen, müssen wir wieder eine Abkürzung einführen. „ARE“ steht für Akute Respiratorische Erkrankungen. Das RKI bietet zur Illustration des Erkrankungsgeschehens ein Dashboard an, das es dem Betrachter erlaubt, sich die gewünschten Daten per Mausklick anzeigen zu lassen. Für die Zwecke dieses Schriftsatzes wurden der Reiter „Bevölkerung (GrippeWeb)“ und dort die Saisonen 2018/2019 und 2019/2020 ausgewählt:

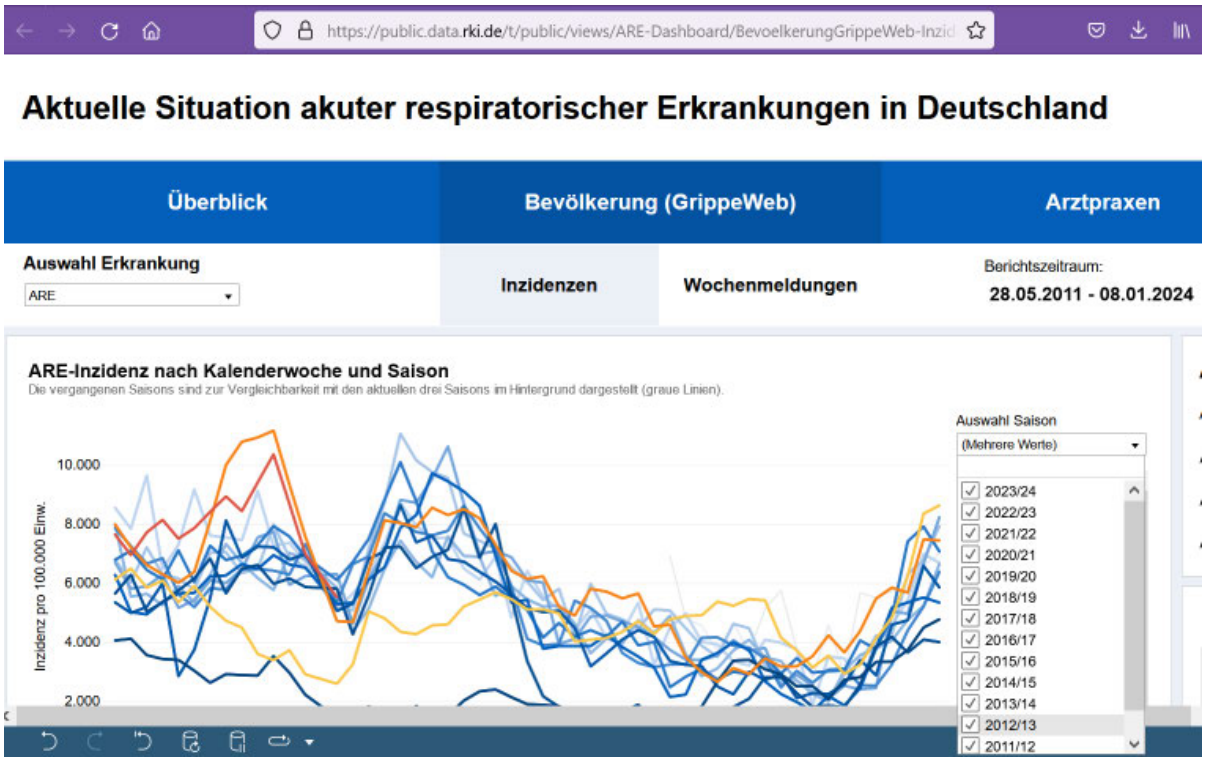



Quelle: https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

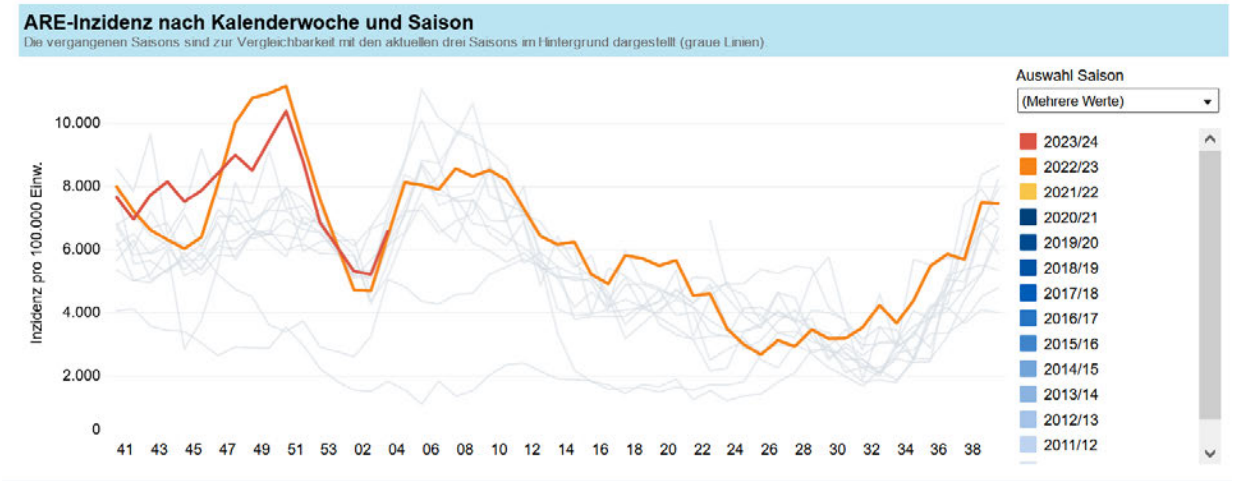
Am Vorabend der Ausrufung der „schlimmsten Atemwegserregerpandemie aller Zeiten“ in 2019/2020 hätte man einen rasanten und überdeutlichen Anstieg der Kurven entdecken müssen. In Wirklichkeit zeigen sich keinerlei Auffälligkeiten, die auch nur in Ansätzen eine politische Intervention herausgefordert hätte – insbesondere nichts, was den vielbeschworenen „exponentiellen“ Anstieg der Anzahl der

Atemwegserkrankungen belegen könnte. Die Kurve für 2019/2020 zeigt pro 100.000 Einwohner in der Spitze eine ARE-Inzidenz von etwas mehr als 8.000, zwischenzeitlich gerade mal 2.000 und zum Ausklang der Saison knapp über 4.000.

Merken wir uns diese Zahlen und nehmen wir nun das Erkrankungsgeschehen weiterer Winter-Saisonen hinzu:



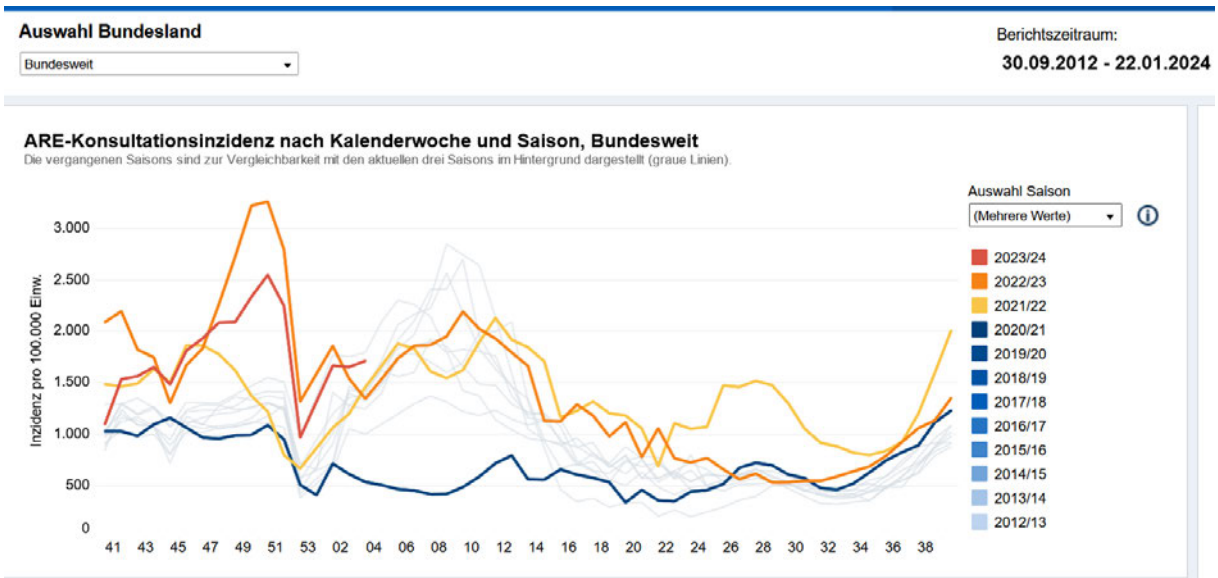

Wir erkennen rasch: Es finden sich in dieser zunächst verworren erscheinenden Grafik Kurven, die auf eine ARE-Inzidenz pro 100.000 Einwohner von teilweise im Maximum deutlich über 10.000 ansteigen. Diese Grafik müssen wir näher beleuchten, weil wir noch nicht erkennen können, welche Jahrgänge von diesen hohen ARE-Inzidenzen betroffen sind. Also lassen wir uns einmal zwei Kurven besonders hervorheben: in roter Farbe die Saison 2023/2024 und in orangener Farbe die Saison 2022/2023:



Quelle: https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Ueberblick?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

Das Erkrankungsgeschehen, das kurz vor Verhängung des ersten Lockdowns noch völlig unauffällig geblieben war, hat nun, da ca. drei Viertel der Bevölkerung die COVID-Injektionen empfangen haben, einen dramatischen Anstieg erfahren. Abermals steht die Rechtfertigung von 2G-Regeln ebenso nachdrücklich in Frage wie die Rechtfertigung der nicht-pharmazeutischen Interventionen (Lockdown) zu Beginn der Corona-Krise. Als die hier streitgegenständlichen Verordnungen (Schutz-VO und Notfall-VO) erlassen wurden, war die Impfkampagne weit fortgeschritten. Welchen Effekt versprach sich die sächsische Landesregierung von der Notfall-VO (insbesondere dessen § 12)? Traute sie dem medial so vehement proklamierten Schutz durch die COVID-Injektionen nicht? Und wenn sie diesem Schutz nicht traute: Welche Rechtfertigung hatten dann zuvor die 2G-Regeln (insbesondere §§ 6a, 8, 10 Abs. 4 Schutz-VO) gehabt?

Nicht jeder, der krank ist, nimmt deswegen gleich ärztliche Hilfe in Anspruch. Das ARE-Dashboard zeigt daher auf Wunsch auch die Anzahl jener Patienten an, die aus Anlass einer Atemwegserkrankung einen Arzt aufsuchen (sog. ARE-Konsultationsinzidenz). Denn in einer schlimmen Pandemie müsste sich auch auf diesem Sektor ein dramatischer Anstieg der Zahlen in entsprechenden Kurvenverläufen zeigen. Besonderes Augenmerk bitten wir den erkennenden Senat auf die gelbe Kurve zu richten, die sich auf die hier streitgegenständliche Saison 2021/2022 bezieht.




Quelle: https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Arztpraxen?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

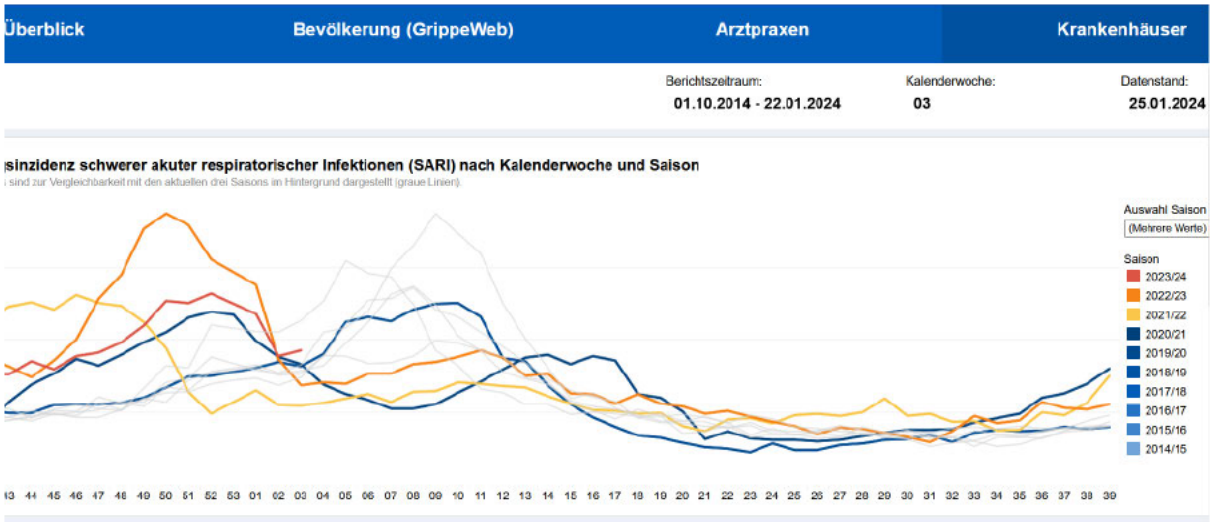
Fazit: Wir sehen zwar im Herbst 2021 eine leichte temporäre Erhöhung gegenüber den beiden Vor-Saisonen (blaue Kurven), aber nichts, was auf einen extremen Notstand hindeutet. Im Gegenteil, sie liegt größtenteils deutlich unter den Kurven der Vorjahre! Und wieder sehen wir für 2022/2023 und für 2023/2024 dramatisch erhöhte Werte – was zum wiederholten Male die Frage aufwirft, was um alles in der Welt die Corona-

Maßnahmen und die COVID-Injektionen im menschlichen Immunsystem angerichtet haben. Gesundheitsfördernd kann die Politik der vergangenen Jahre nicht gewesen sein.

Kehren wir nun in den Klinikbereich zurück. Denn auch für diesen bildet das ARE-Dashboard eine Inzidenz ab, die sog. Hospitalisierungsinzidenz. Allerdings noch nicht seit langer Zeit. Noch am 2.12.2023 fand der erstaunte Betrachter, der sich über die ARE-Hospitalisierungsinzidenz kundig machen wollte, die folgende Meldung vor:

Was war noch einmal die Aufgabe des RKI? Werfen wir einen Blick in § 4 Abs. 2 Nr. 2 IfSG. Dort steht, das RKI „wertet die Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern, die ihm nach diesem Gesetz und nach § 11 Absatz 5, § 16 Absatz 4 des IGV-Durchführungsgesetzes übermittelt worden sind, infektionsepidemiologisch aus“. Und das ist nach weit über drei Jahren noch nicht geschehen? In der schlimmsten Pandemie aller Zeiten?

Aber es geschehen noch Zeichen und Wunder. In der Vorweihnachtszeit 2023 hat das RKI das Versäumte offenbar nachgeholt. Ein erneuter Besuch des ARE-Dashboards ergab die gewünschten Daten zur ARE-Hospitalisierungsinzidenz. Und wieder sehen wir: Keine Ausreißer! Außer in der Saison 2022/2023 und 2023/2024. Wieder fragt sich der Betrachter, was Corona-Maßnahmen und Impfungen am Ende gebracht haben sollen.



Quelle: https://public.data.rki.de/t/public/views/ARE-Dashboard/Krankenhaeuser?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

Verzweifelt wenden wir uns vom ARE-Dashboard des RKI ab. Jetzt haben wir uns so bemüht, die schlimmste Pandemie aller Zeiten zu finden. Und alle diese Mühe war vergebens.

### c) Die SARI-Krankenhaussurveillance des RKI

Aber wir wollen immer noch nicht aufgeben. Das RKI unterhält schließlich noch andere Programme zur epidemiologischen Überwachung, u.a. die SARI-Krankenhaussurveillance. Die Abkürzung SARI kennen wir schon. Und das Wort „Surveillance“ kommt aus dem Französischen, wurde unter Anpassung der Aussprache die englische Sprache übernommen und bedeutet schlicht „Überwachung“. Das RKI überwacht also die Häufigkeit schwerer Atemwegsinfekte in den Krankenhäusern.

Am 21. Januar 2024 findet der Leser hierzu die folgende Aussage (laut RKI Stand 11.5.2023):

**Virologische SARI-Surveillance**

Ergänzend zur syndromischen SARI-Surveillance werden in ausgewählten Krankenhäusern des Sentinels SARI-Patientinnen und -Patienten systematisch beprobt. Die Abstriche werden im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren im RKI auf virale Atemwegserreger untersucht. Die virologische SARI-Surveillance soll Erkenntnisse zu den aktuell zirkulierenden viralen Erregern liefern, die schwere Atemwegsinfektionen verursachen. Sie befindet sich aktuell noch im Aufbau.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/SARI-KH-Sentinel/node.html

Wieder fragt sich der Leser: Nachdem (Stand 11.5.2023) bereits über drei Jahre lang das schlimmste Killer-Virus aller Zeiten in diesem Land gewütet hat, hat sich das RKI immer noch nicht systematisch auf die Suche gemacht, welchen viralen Erregern welcher Anteil am Erkrankungsgeschehen zukommt? Wurden diese Daten bislang (unter Verletzung von § 4 Abs. 2 Nr. 2 IfSG) nicht ausgewertet? Wurden sie ggf. gar nicht erhoben? Obwohl in den Kliniken wirklich jedem Patienten mindestens ein Test, wenn nicht gar mehrere Tests abverlangt wurden? Oder wurden sie (unter Verletzung von § 4 Abs. 2 Nr. 4 IfSG) nicht veröffentlicht?

Ich habe mich während der gesamten Corona-Krise gefragt, wie es die Verwaltungsgerichte fertigbringen konnten,

- aus einer Vorschrift, die lediglich die Aufgaben einer Behörde beschreibt (und nichts anderes ist § 4 IfSG), einen gerichtsfesten Beurteilungsspielraum der

Exekutive herauszulesen (das RKI ist weisungsgebundene Abteilung des Bundesgesundheitsministeriums)

- und diesen Beurteilungsspielraum dann auch noch so zu konnotieren, dass nicht etwa nur einer reduzierten Kontrolldichte das Wort geredet wird (wie wir es ja aus anderen Bereichen schon kennen, z.B. bei Prüfungsentscheidungen), sondern *gar keine* Kontrolle durch die Gerichte mehr stattfindet.

Und jetzt sehe ich zum wiederholten Male, dass das RKI noch nicht einmal der ihm zugewiesenen Aufgabe nachkommt! Was rechtfertigt dann noch einen solchen Beurteilungsspielraum?

Vielleicht gibt es aber eine Erklärung für die Zurückhaltung des RKI bei der virologischen Krankenhaussurveillance. Denn wie die braune Linie am unteren Rand der nachstehenden Grafik (nahe der Null-Linie) verdeutlicht, zeigen die GrippeWeb-Daten des RKI, dass COVID-19 zumindest anhand der Meldedaten bis zum 12.1.2021 nur einen verschwindend geringen Anteil am Erkrankungsgeschehen hatte.

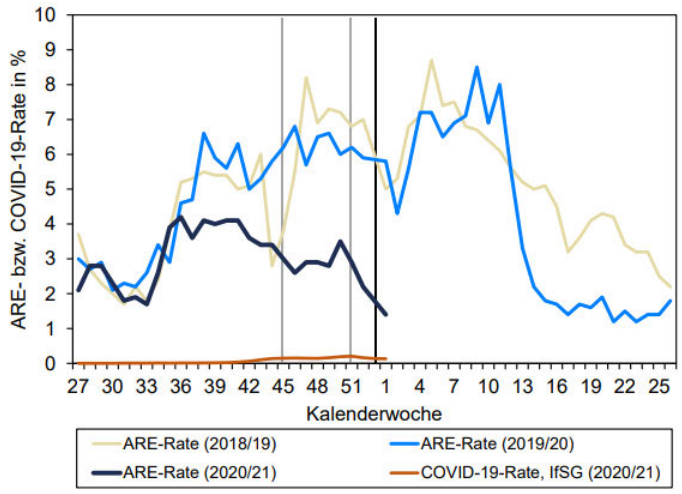



**Abbildung 1:**
Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (gesamt, in Prozent) in den Saisons 2018/19 bis 2020/21 sowie die COVID-19-Rate (in Prozent), die aus den Meldedaten nach IfSG berechnet wurde, dargestellt seit der 27. KW 2020 (Stand Meldedaten: 12.01.2021). In Jahren mit 53 KW wird der Wert der 53. KW aus den vorliegenden Daten berechnet, für Jahre mit 52 KW wird der Wert für die 53. KW als Mittelwert der 52. und der 1. KW dargestellt. Die grauen, senkrechten Linien kennzeichnen den jeweiligen Beginn der erneuten Kontaktbeschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie seit der 45. KW 2020 (Lockdown „light", Beginn 02.11.2020) und zum anderen die schärferen Kontaktbeschränkungen seit der 51. KW 2020 (Beginn 16.12.2020). Der schwarze, senkrechte Strich markiert die 53. KW (Jahreswechsel).

Weitere Informationen zu GrippeWeb finden Sie unter der Homepage: https://grippeweb.rki.de.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/Grippeweb/Wochenberichte/Archiv/Wochenbericht_Archiv.html?nn=15368448#doc16730924bodyText2_Wochenbericht Kalenderwoche 1/2021 Seite 1

Befürchtet das RKI etwa gar, dass die virologische Surveillance in Ergebnisse ausmünden würde, die für die Verfechter der Pandemie-Erzählung allzu peinlich ausfallen könnten?

Wir beginnen ein Muster zu erkennen: Zu Beginn der Corona-Krise spielte SARS CoV-2 infektionsepidemiologisch keine Rolle. Seit Beginn der COVID-Impfkampagne nahm die Prävalenz dieses Erregers nach und nach zu, bis sie ab 2022 einen Höhepunkt erreichte. Bestätigt wird dies durch eine stichprobenartige Auswertung der Berichte der Arbeitsgruppe Influenza beim RKI.

Quelle für sämtliche Wochenberichte: https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx.

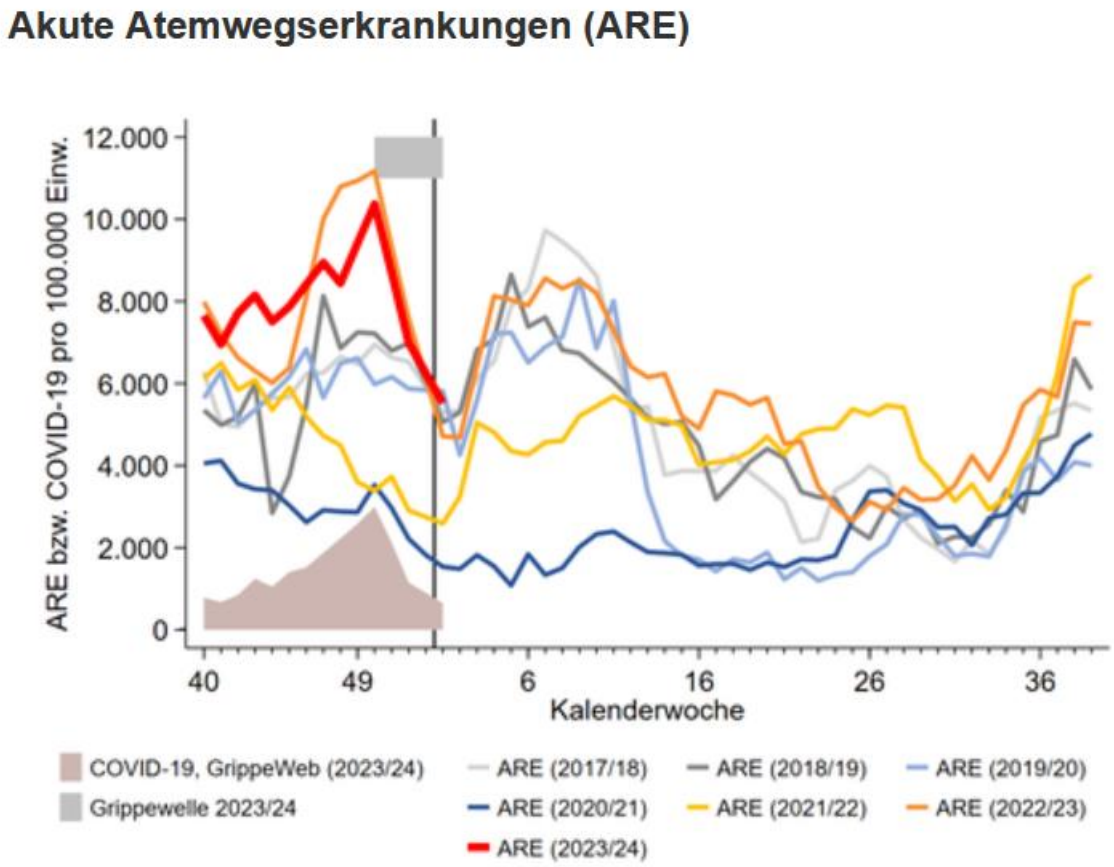
- Zwischen der 16. und der 38. Kalenderwoche 2020 war im Sentinel *nicht ein einziger Fall* von SARS CoV-2 gemeldet worden (siehe Bericht der Arbeitsgruppe Influenza zu KW 37-39).
- Und auch in der Folgezeit blieb der Anteil von SARS CoV-2 konstant vergleichsweise niedrig (siehe etwa Wochenbericht für die KW 43/2021: SARS CoV-2 lediglich 4%; Wochenbericht für die KW 45/2021: SARS CoV-2 lediglich 5%). Man beachte: Der Bericht für die KW 43/2021 beschreibt die Situation vom 25.-31.10.2021, also den letzten Wochenbericht vor Erlass der Schutz-VO; der Bericht für die KW 45/2021 beschreibt die Situation vom 8.-14.11.2021, also den letzten Wochenbericht vor Erlass der Notfall-VO.
- Zwischenzeitlich erhöhte sich der Anteil von SARS CoV-2 in den Sentinel-Proben allerdings deutlich. Im Wochenbericht für KW 24/2022 steht SARS CoV-2 sogar auf Platz 1.
- Später ging die Prävalenz von SARS CoV-2 wieder zurück (siehe Wochenbericht KW 8/2023: 11% SARS CoV-2; KW 19/2023: 5% SARS CoV-2)

Alle diese Ergebnisse deuten bisher darauf hin, dass in Politik und Medien eine Gefahr, die keine war, massiv überzeichnet wurde und die Menschen erst im Gefolge der Corona-Maßnahmen und der COVID-Injektionen vermehrt erkrankten. Der sächsischen Staatsregierung wäre es ohne weiteres möglich gewesen, die wöchentlichen Berichte der Arbeitsgruppe Influenza zur Kenntnis zu nehmen, um zu erkennen, dass das Erkrankungsgeschehen zu keinem Zeitpunkt – und wie gezeigt insbesondere auch nicht zum Zeitpunkt des Erlasses der streitgegenständlichen Verordnungen – irgendwelche Grundrechtseingriffe rechtfertigte.

Und die vorstehenden Ergebnisse zeigen auch, dass die Lockdown-Maßnahmen nicht in der Lage waren, die Ausbreitung *anderer* übertragbarer Atemwegserreger zu stoppen. Wenn die Maßnahmen in der Lage gewesen wären, die Ausbreitung von SARS CoV-2 signifikant einzudämmen, hätten doch auch andere Atemwegserkrankungen nicht oder kaum festgestellt werden dürfen. An den Corona-Maßnahmen kann es also nicht gelegen haben, dass SARS CoV-2 in den Jahren 2020 und 2021 einen so geringen Anteil am Erkrankungsgeschehen hatte.

## d) GrippeWeb-Berichte beim RKI

Schauen wir jetzt noch auf die GrippeWeb-Berichte des RKI und blicken zunächst auf den Wochenbericht KW 2/2024. Wieder sehen wir nichts Auffälliges in 2020/2021 (dunkelblaue Kurve) und in 2021/2022 (gelbe Kurve), wohl aber erhebliche Ausreißer nach oben in 2022/2023 (orange Kurve) und in 2023/2024 (rote Kurve):




Quelle:https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/Grippeweb/grippeweb_ergebnisse_node.html#doc15368638bodyText1

Wenn wir auch hier keine „Atemwegs-Killerpandemie“ anhand der Kurven sehen, sollten aber doch die Saisonberichte der GrippeWeb-Ergebnisse ja eine Atemwegserregerpandemie erkennen lassen, denn auf der GrippeWeb Seite des Robert-Koch-Instituts ist Folgendes zu lesen:

> GrippeWeb-Ergebnisse erscheinen regelmäßig in den GrippeWeb-Wochenberichten und zusammenfassende Saisonberichte seit 2010/11 jährlich im Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland. Darüber hinaus wurden weitere Arbeiten in deutschen und internationalen Zeitschriften publiziert.

In der freudigen Erwartung, Saisonberichte geliefert zu bekommen auf der Suche nach der schlimmsten Pandemie aller Zeiten, erhofft sich der Leser erhellende Erkenntnisse aus den Saisonberichten zu 2019/2020 bzw. 2020/2021. Die Saisonberichte hören jedoch seltsamerweise bei der Saison 2018/2019 auf:

Quelle: https://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx

Warum das RKI in einer angeblich beispiellosen epidemiologischen Notlage, wie sie die COVID-19-Krise repräsentiert haben soll, diese naheliegende und etablierte Erkenntnisquelle ungenutzt lässt, will sich dem Leser beim besten Willen nicht erschließen.

## e) Wissenschaftliche Aktivitäten im RKI

Das vorhandene Datenmaterial ist doch, so will man hoffen, ganz bestimmt wissenschaftlich durchdrungen worden. Vielleicht erkennt ja die Wissenschaft mit ihren analytischen Methoden jene Killer-Pandemie, die dem Auge des Praktikers verborgen geblieben ist?

In der Tat hat ein Team von Wissenschaftlern, die beim RKI beschäftigt sind, im Bundesgesundheitsblatt 2021, S. 394 ff. eine Publikation vorgelegt mit dem Titel: „Überwachung von COVID-19 durch Erweiterung der etablierten Surveillance für Atemwegsinfektionen."

Quelle (auch zu den nachstehenden Grafiken): https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03303-2, Anlage 4.

Erweiterung der etablierten Surveillance! Das klingt schon mal gut – hatten wir doch gerade eben gesehen, dass in Gestalt der GrippeWeb-Saisonberichte ein etabliertes Surveillance-Instrument besteht, das seitens des RKI nicht nur nicht erweitert wurde, sondern scheinbar nahezu zur Gänze ungenutzt geblieben ist.

In der Zusammenfassung zu dem hier besprochenen Artikel, die unter dem vorstehend gezeigten Link abgerufen werden kann, bevor der Leser sich dann die Studie selbst als pdf-Dokument herunterladen kann (und die sich dann auch auf S. 397 in der Publikation selbst findet), lesen wir:

*„Im Rahmen der nationalen Influenzapandemieplanung wurden in Deutschland neben dem Meldewesen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) weitere Überwachungssysteme etabliert. Ziel dieser Systeme sind die Beschreibung, Analyse und Bewertung der Situation bei akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE), die Identifikation der hauptsächlich zirkulierenden Atemwegserreger und die Beschreibung des zeitlichen Verlaufs. Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wurden die Systeme erweitert, um auch Infektionen mit SARS-CoV-2 erfassen zu können.*

*In diesem Beitrag werden drei verschiedene Surveillance-Systeme für ARE vorgestellt: GrippeWeb, die Arbeitsgemeinschaft Influenza mit dem SEEDARE-Modul (Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes) und das Krankenhaus-Sentinel ICOSARI (ICD-10-code-basierte Krankenhaus-Surveillance schwerer akuter respiratorischer Infektionen). Mit diesen Systemen können ARE auf Bevölkerungsebene, im ambulanten und im stationären Bereich überwacht werden. Zusammen mit dem Monitoring der Mortalität liefern sie wichtige Hinweise zur Häufigkeit verschieden schwerer Krankheitsverläufe in der Bevölkerung."*

Also: Wenn wir die Killer-Pandemie in einer solchen Publikation nicht finden – wo denn sonst? Und jetzt schauen wir uns die Grafik auf S. 396 an und sehen nahe der Null-Linie eine hellbraune „Kurve" (man müsste eher sagen: Linie) – die uns die Prävalenz von COVID-19-Erkrankungen anzeigt, die, wie dann der Vergleich zur dunkelblauen Linie (Gesamtprävalenz der akuten Atemwegserkrankungen) deutlich macht, einen verschwindend geringen Anteil am gesamten Erkrankungsgeschehen ausmacht.

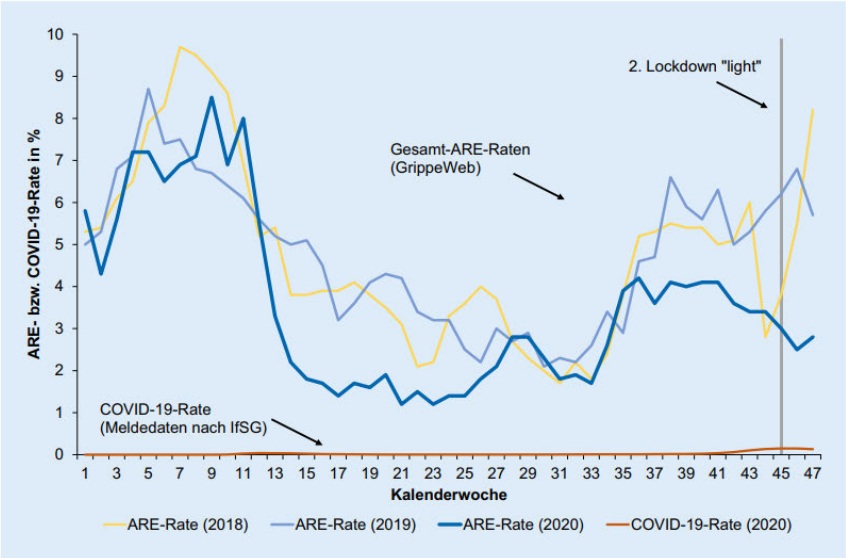



**Abb. 1** ◂ Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (gesamt, in Prozent) von der 1. bis zur 47. Kalenderwoche (KW) der Jahre 2018 bis 2020 sowie die COVID-19-Rate für 2020 (in Prozent), die aus den Meldedaten nach IfSG berechnet wurde, dargestellt von der 1. KW bis zur 47. KW 2020 (Stand Meldedaten: 26.11.2020). Die graue, senkrechte Linie kennzeichnet den Beginn der erneuten Kontaktbeschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie seit der 45. KW 2020 (Beginn 02.11.2020). (Quelle: eigene Abbildung)

Man reibt sich die Augen. Und deswegen wurde 2020 das gesamte öffentliche Leben monatelang lahmgelegt? Deswegen wurden Tausende kerngesunde Menschen in Quarantäne gesetzt? Die Grafik ist auch deswegen so aussagekräftig, weil sie zeigt, dass die Lockdown-Maßnahmen die Ausbreitung anderer übertragbarer Atemwegserreger nicht haben verhindern können. Und noch ein Wort zum vielbeschworenen Mantra *„flatten the curve“*: Wo keine Kurve ist, kann man sie auch nicht abflachen. Und wohlgemerkt: Diese Grafik entstammt nicht irgendeinem ggf. als dubios empfundenen alternativen Medienkanal, sondern von einem Autoren-Team des RKI!

Bestätigt wird der Eindruck, dass SARS CoV-2 in Zeiten harter Lockdown-Maßnahmen in Wirklichkeit – anders als andere Atemwegserreger – für das Erkrankungsgeschehen keine Rolle spielte, durch eine Grafik auf Seite 399. Der Pfeil und die roten Markierungen finden sich nicht im Original. Er soll lediglich darauf aufmerksam machen, dass die ARE-Konsultationsinzidenz für COVID-19 im Balkendiagramm mit roter Farbe gekennzeichnet ist. Und man benötigt schon fast eine Leselupe, um für 2020 die kleinen roten Pünktchen im Balkendiagramm zu erkennen, welche den Anteil der Fälle abbilden sollen, in denen es gerade COVID-19 war, weswegen die Patienten ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen. Und zugleich stellen wir fest, dass 2019 und vor allem 2018 insgesamt viel mehr Menschen wegen Atemwegsinfekten einen Arzt aufsuchten als 2020.

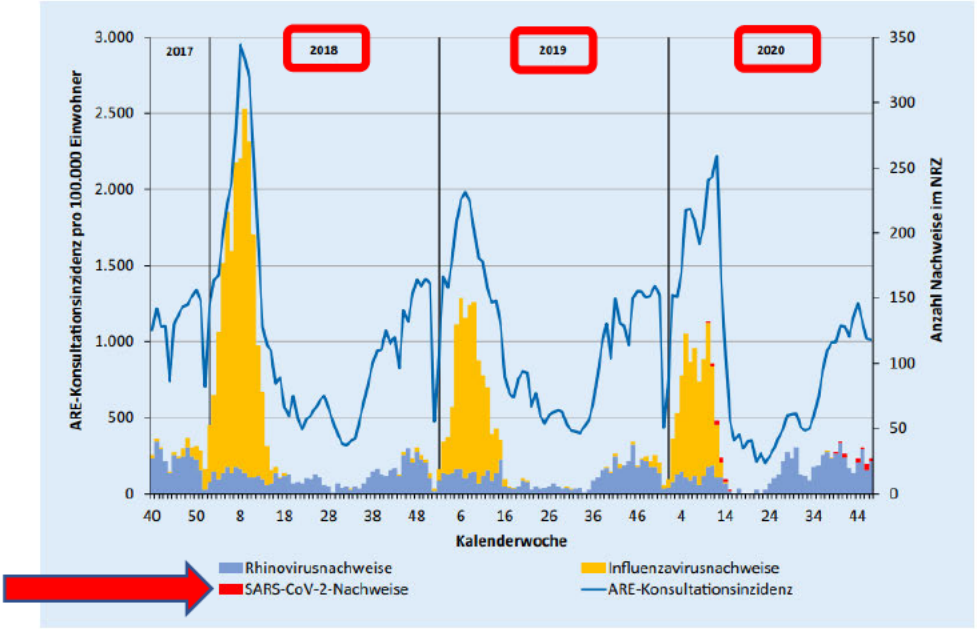



**Abb. 2** ◄ Konsultationsinzidenz für akute respiratorische Erkrankungen (ARE) in Sentinel-Praxen pro 100.000 Einwohner und Zahl der detektierten SARS-CoV-2, Influenza- und Rhinoviren im Zeitraum: 40. Kalenderwoche (KW) 2017 bis 47. KW 2020 im Nationalen Referenzzentrum (NRZ) für Influenzaviren im Sentinel der Arbeitsgemeinschaft Influenza. Die schwarzen, senkrechten Linien kennzeichnen die 1. KW eines Jahres. (Quelle: eigene Abbildung)

Fazit: Wir erkennen auch hier keine Pandemie. Wir erkennen nichts, was die einschneidenden Grundrechtseingriffe gerechtfertigt hätte, die seit März 2020 über den Menschen in Deutschland ausgerollt wurden.

## f) Pandemieradar des Bundesgesundheitsministeriums

Kehren wir also von der Wissenschaft wieder zur Praxis zurück und befragen das Bundesministerium für Gesundheit direkt.

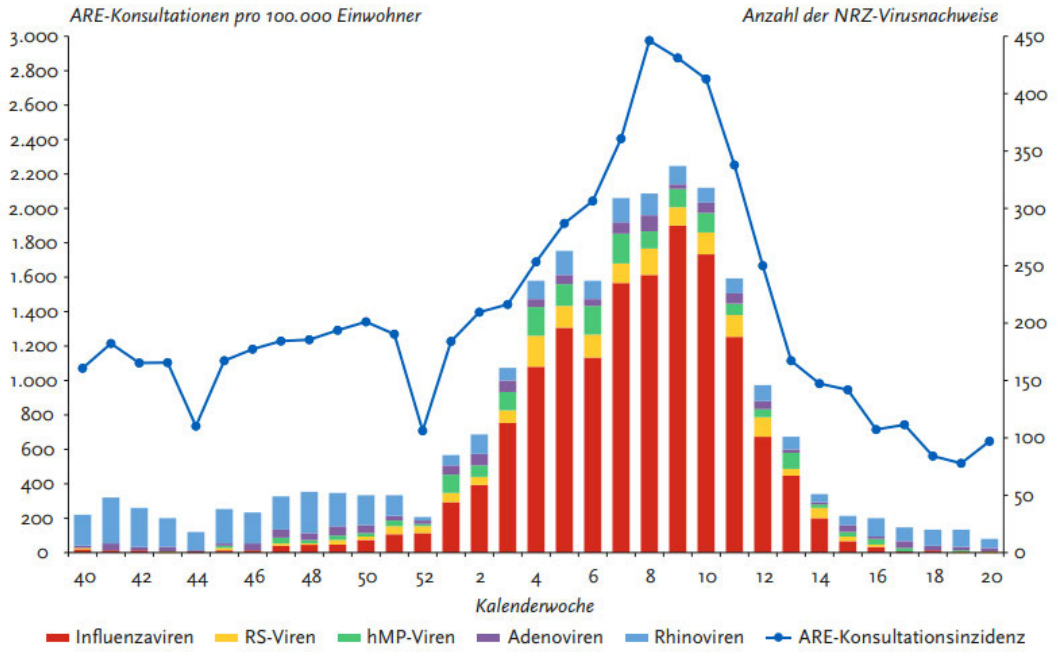
Auf diesem Radar werden die wöchentlichen Arztbesuche wegen Atemwegserkrankungen angezeigt. Wir sehen ein ähnliches Bild wie schon zuvor bei den anderen hier wiedergegebenen Grafiken. Den Höhepunkt der Arzt-Konsultationen erleben wir 2022. Ende 2022 sind es in der Spitze bis zu 3.000 Konsultationen pro 100.000 Einwohner. Zu einem Zeitpunkt also, als ein Großteil der Bevölkerung schon durch die COVID-„Impfung“ den Werbeslogans gemäß geschützt hätte sein sollen. Wir sehen dieses Werbeversprechen als haltlos an, es findet sich in keinerlei Kurve, auch in der folgenden nicht. Im Gegenteil: Erst die „Impfungen“ haben die Erkrankungsraten und Arztbesuche in die Höhe schnellen lassen. Auch hier lässt sich keinerlei Grundlage für grundrechtseinschneidende 2G-Maßnahmen erkennen. Der Corona-Impfstart in Deutschland hatte keinerlei Auswirkungen auf die Anzahl der Arztbesuche. Die Kurve verläuft weiter in den saisonalen Schwankungen wie gehabt, steigt sogar, als ein Großteil „geimpft“ ist, massiv an.

Wöchentliche Inzidenz der ambulanten Arztbesuche wegen Atemwegserkrankung (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner).

Quelle: https://corona-pandemieradar.de/de/arztbesuche

Vergleichen wir diese Zahlen mit denen des RKI zur Grippe-Saison 2017, finden wir ebenfalls einen Maximalwert von 3.000 Konsultationen pro 100.000 Einwohner. Und zwar ohne dass die Politik deswegen Repressionen gegen die gesamte Bevölkerung verhängt hätte.

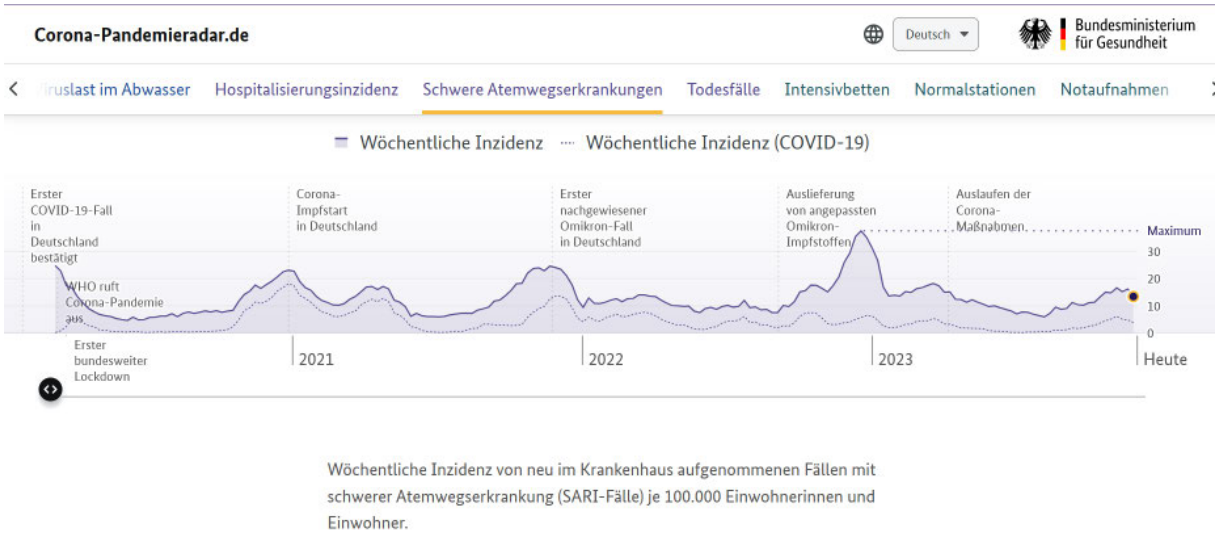
**Abb. 8: Werte der ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt) und Anzahl der Virusnachweise im NRZ (Influenza-, RS-, hMP-, Adeno- und Rhinoviren) im Rahmen des Sentinels in der Saison 2017/18.**






Quelle: https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2017.pdf

Kehren wir nun erneut zum Pandemieradar zurück und lassen uns die Inzidenz der schweren Atemwegserkrankungen anzeigen – schwer in dem Sinne, dass die Patienten eine Klinik aufsuchen mussten.




Quelle: https://corona-pandemieradar.de/de/atemwegserkrankungen

Wir erkennen, dass COVID-19 (hellgraue Kurve) auch hier beim Gesamt-Erkrankungsgeschehen (blaue Kurve) in weiten Teilen des Jahres 2020 so gut wie keine Rolle spielt, dann aber vom letzten Viertel des Jahres 2020 bis ins erste Drittel des Jahres 2021 plötzlich den Löwenanteil dieses Geschehens ausmacht. Wie das zu den vorstehend referierten Ergebnissen der Sentinel-Überwachung passen soll, erschließt sich nicht. Jedenfalls aber sehen wir über weite Strecken nichts Auffälliges: Keine 30 Klinikaufnahmen pro Woche wegen Atemwegserkrankungen. Der einzige Ausreißer nach oben zeigt sich abermals Ende 2022.

## g) Was sagen die Krankenkassen?

Die Techniker-Krankenkasse meldete am 26.1.2024:

*„Die krankheitsbedingen Fehlzeiten bei den bei der Techniker Krankenkasse (TK) versicherten Erwerbstätigen sind im letzten Jahr erneut gestiegen und erreichen damit einen neuen Höchststand. So war jede bei der TK versicherte Erwerbsperson 2023 im Schnitt 19,4 Tage krankgeschrieben. Im Jahr 2022 waren es bereits rund 19 Fehltage - der bisherige Höchstwert seit Beginn der TK-Auswertungen zum Krankenstand im Jahr 2000. Damit lagen die Fehltage auch im letzten Jahr deutlich über dem Niveau von vor der Coronapandemie. 2019 war jede TK-versicherte Erwerbsperson im Schnitt 15,4 Tage krankgeschrieben.“*

Dabei spielten Erkältungen eine wesentliche Rolle. Es heißt dazu weiter:

*„Hauptgrund für die hohen Fehlzeiten sind wie im Vorjahr Krankschreibungen aufgrund von Erkältungskrankheiten wie grippale Infekte, Bronchitis oder Grippe. Sie machen mehr als ein Viertel der Fehltage aus‘, so Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK. ‚Es gab zwar einen leichten Rückgang im Vergleich zu 2022. Aber die*

*Erkältungskrankheiten haben Deutschland nach wie vor im Griff.‘Die durchschnittliche Fehlzeit aufgrund von Erkältungskrankheiten belief sich 2023 auf durchschnittlich 5,11 Fehltage je Erwerbsperson; 2022 waren es 5,75 Fehltage und 2019, vor der Corona-pandemie, 2,37.“*

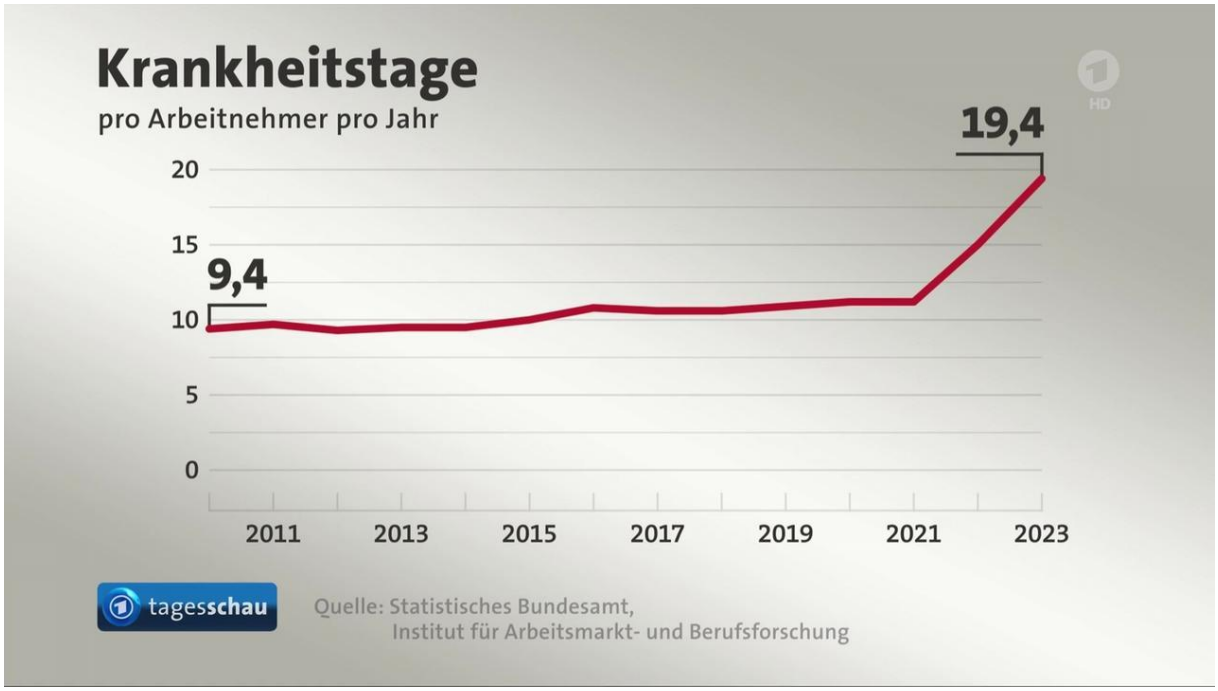
Ebenfalls im Januar 2024, ohne genaue Datumsangabe, meldete die DAK (der nachstehende Text ist im Original fett gedruckt:

*„Der Krankenstand in Deutschland lag 2023 im zweiten Jahr in Folge auf Rekordniveau. Es gab 13 Prozent mehr Ausfälle als im Vorjahr. Weit über die Hälfte der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hatte von Januar bis Dezember 2023 mindestens eine Krankschreibung. Im Gesamtjahr waren es im Durchschnitt 20 Fehltage pro Kopf. Ausschlaggebend für das hohe Aufkommen waren vor allem Atemwegserkrankungen wie Erkältungen, Bronchitis und Grippe. Zudem gab es einen merklichen Anstieg bei den psychischen Erkrankungen mit einem Plus von 7,4 Prozent. Der Krankenstand lag insgesamt bei 5,5 Prozent. Im Vergleich verschiedener Berufsgruppen hatten Menschen in der Altenpflege den höchsten Wert (7,4 Prozent) gefolgt von Kita-Beschäftigten (7,0 Prozent).“*

In den weiteren Erläuterungen heißt es sodann unter anderem (die zitierte Person ist DAK-Vorstandschef Andreas Storm):

*„Die hohen Fehlzeiten beeinträchtigen die Arbeitsabläufe vieler Betriebe und Behörden – besonders dann, wenn die Personaldecke durch den Fachkräftemangel immer dünner wird.‘ Die aktuellen Kurzzeit-Fälle wegen Bronchitis und Co. seien dabei gar nicht mal das größte Problem, sondern die Langzeit-Fälle.“*

Die Tagesschau griff am 26.1.2024 das Problem auf und verwies auf eine Studie des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen, wonach die deutsche Wirtschaft ohne die hohen Krankenstände um 0,5% gewachsen wäre – in Wirklichkeit war sie um 0,3% geschrumpft. In diesem Zusammenhang zeigt die Tagesschau die folgende Grafik:




Quelle: https://www.tagesschau.de/wirtschaft/konjunktur/rekord-krankenstand-rezession-100.html

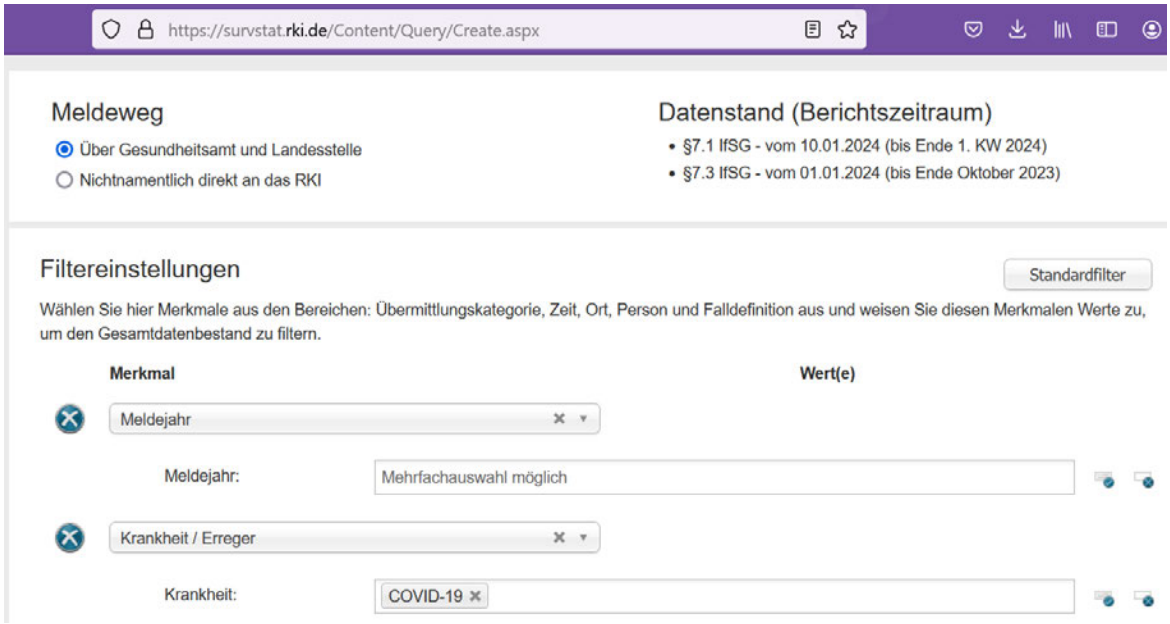
Erneut zeigt sich: Keine Auffälligkeiten in 2020, aber ab 2021 – pünktlich mit dem Start der COVID-Injektionen – ein deutlicher, und dieses Mal linearer, Anstieg. Die Begründung für 2G-Maßnahmen lässt sich auch anhand dieser Grafik nicht finden. Denn erst die „Impfungen" haben scheinbar die Zahlen in die Höhe schießen lassen. Deshalb provoziert die Grafik ein weiteres Mal kritische Fragen zur Corona-Impfkampagne. Darauf wird noch zurückzukommen sein (unten IV. 7 c).

### h) Was sagen die Gesundheitsämter?

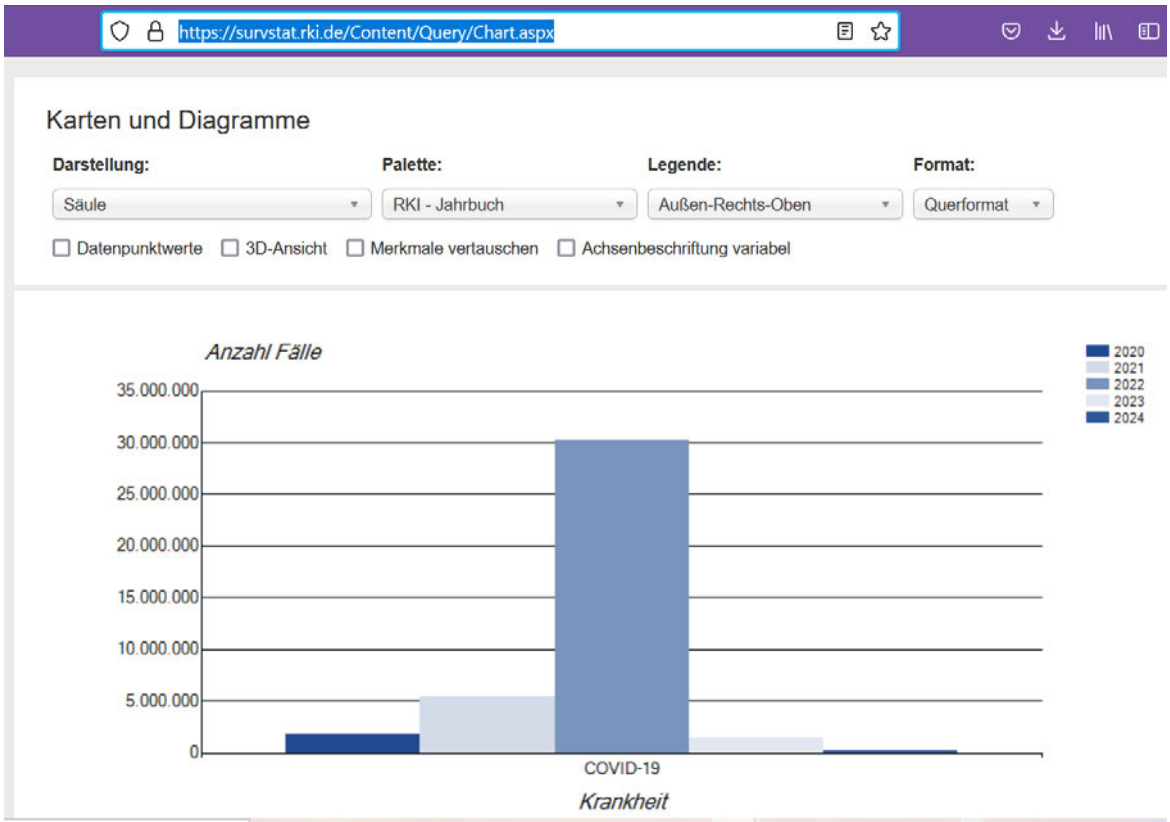
Stellen wir uns abschließend die Frage, ob die Gesundheitsämter und Landesstellen Auffälligkeiten gemeldet haben und unternehmen wir eine Web-basierte Abfrage der Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) auf der Seite SurvStat@RKI 2.0, die vom Robert-Koch-Institut wie folgt beschrieben wird:

*„SurvStat@RKI 2.0 bietet die Möglichkeit, einen vereinfachten Datenbestand der gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtigen Krankheitsfälle und Erregernachweise, die an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt werden, abzufragen. An Hand individuell erstellter Abfragen oder durch Bearbeitung vordefinierter Beispielabfragen lassen sich Tabellen und Grafiken nach eigenem Bedarf erzeugen."*

Wir reden also nicht mehr nur von „Krankheitsfällen", sondern auch von „Erregernachweisen". Gerne wollen wir die Anregung aufgreifen, eine Abfrage individuell zu erstellen. Wir lassen uns den Weg zu den von uns gewünschten Daten optisch illustrieren:




Wir haben also das Merkmal „Meldejahr“ angeklickt und dann nach „Krankheit/Erreger“ suchen lassen, hier nach der Krankheit „COVID-19“ und uns dann im Reiter „Karten und Diagramme“ nun nicht mehr überraschen lassen von folgender Grafik:




Quelle: https://survstat.rki.de/Content/Query/Chart.aspx

Also Moment mal: 2020 ca. 2 Millionen „Fälle“, 2021 ca. 5 Millionen „Fälle“, 2022 ca. 30 Millionen „Fälle“? Haben wir die Killer-Pandemie vielleicht endlich gefunden? Jedoch erst nach, oder sollte es heißen „durch“ die Einführung der experimentellen Substanzen „COVID-Impfung“?

Wie passt diese Grafik zu unseren Erkenntnissen aus den Wochenberichten der AG Influenza beim RKI (oben IV. 4. c)? Und zu den zahlreichen Grafiken, die wir aus offiziellen Quellen hatten entnehmen können? Gab es so viele Millionen gemeldete Kranke, die nicht zum Arzt gegangen sind (ein Arzt- oder Klinikbesuch ist ja Voraussetzung dafür, dass ein Patient im Sentinel überhaupt erfasst werden kann)? Und warum stieg die Zahl der Fälle 2021 (Impfstart) bereits deutlich und 2022 noch viel deutlicher an? Sollte uns nicht die Impfung vom schnöden Joch eines todbringenden Erregers befreien? Und wenn so viele Millionen gemeldete Erkrankte – wenn es denn wirklich welche sind – noch nicht einmal zum Arzt müssen: Was bleibt dann übrig vom Schrecken der „Killerpandemie"?

Dazu müssen wir wissen, was das RKI unter einem „Fall" versteht und was passieren muss, damit ein Gesundheitsamt oder eine Landesstelle diesen „Fall" an das RKI übermitteln muss. Lesen wir dazu die COVID-19-Falldefinition beim RKI:

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.pdf?__blob=publicationFile.

Dort lesen wir unter der Überschrift „Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall" u.a. Folgendes (Hervorhebungen und Grammatikfehler im Original):

***„D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild***

*Labordiagnostischer Nachweis mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung (D1) oder labordiagnostischer Nachweis mittels Antigennachweis (D2) bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für COVID-19 nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen*

***E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild***

*Labordiagnostischer Nachweis mittels Nukleinsäurenachweis oder Erregerisolierung (E1) oder labordiagnostischer Nachweis mittels Antigennachweis (E2) bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben)."*

Aha!! Wir reden also in Wirklichkeit nicht mehr von „Krankheiten", sondern von „Infektionen", und zwar *expressis verbis* auch von „asymptomatischen". Und wir erinnern uns: Infektion ist nicht gleich Krankheit! Mit einem akuten Atemwegserreger mag man vielleicht symptomlos infiziert sein. Aber man kann an ihm nicht symptomlos erkranken (dazu noch näher unten IV. 5. g). Sonst wäre es kein „akuter" Atemwegserreger. Und das „A" in SARS CoV-2 steht nun einmal für „Acute". Und das „S" in SARS CoV-2 steht übrigens für „Severe", also „schwere", also soll es sich definitionsgemäß um ein schweres akutes respiratorisches Syndrom handeln und eben nicht um einen asymptomatischen bzw. „vor Corona" schlicht gesunden, seit Corona nur, und das vielleicht auch noch zu Unrecht, Test-positiven Menschen, der gemeldet wird. Das RKI erklärt also mit einem semantischen Trick Gesunde zu Kranken. Man kann zwar keine Symptome

einer COVID-19-Erkrankung feststellen – aber dann soll eben schon ein positiver Labortest ausreichen, um für „krank“ erklärt zu werden.

Die Falldefinition des RKI wird uns auch an späterer Stelle noch interessieren (unten IV. 5. d).

### i) Zwischenergebnis

Wir halten als Ergebnis der vorstehenden Überlegungen fest:

- Bei der Anzahl der Atemwegserkrankungen, die einen Arztbesuch oder einen Klinikaufenthalt zur Folge hatten, gab es 2020 gar keine und 2021 nur geringfügige Auffälligkeiten. Diese zeigen sich erst 2022, und auch dort nicht in einem Umfang, der über das Erkrankungsgeschehen bei mittelschweren Grippewellen hinausgeht.
- SARS CoV-2 spielte bei jenen Erkrankungen, die einen Arztbesuch zur Folge hatten, eine verschwindend geringe Rolle. Eine „Kurve“, die hätte „abgeflacht“ werden können, hat es nie gegeben. Und das war *nicht* das Verdienst der Corona-Maßnahmen. Denn andere übertragbare Atemwegserreger haben sich problemlos weiterhin mit wesentlich höherer Prävalenz ausbreiten können.
- Im Herbst 2021 gab es zwar eine Zunahme des Erkrankungsgeschehens. Aber es passierte nichts, was nicht schon aus Grippewellen vergangener Jahre bekannt gewesen wäre. Von einem dynamischen Infektionsgeschehen, das jederzeit eine – auch kurzfristige – politische Intervention herausfordern könnte, konnte keine Rede sein. Und man muss sich mit allem Nachdruck die Frage stellen, wie es denn sein konnte, dass sich eine solche Zunahme gerade zu jenem Zeitpunkt manifestierte, als jeder, der es wünschte, die COVID-Injektion empfangen hatte.
- Gerade unmittelbar vor Erlass der beiden hier streitgegenständlichen Rechtsverordnungen spielte SARS CoV-2 in der Sentinel-Überwachung eine deutlich untergeordnete Rolle und rechtfertigte in keiner Weise den Erlass oder gar die Verschärfung von Maßnahmen, die dazu gedacht waren, die Ausbreitung gerade dieses Krankheitserregers einzudämmen.

Aus den zuletzt wiedergegebenen Meldedaten leitet sich aber auch zugleich das weitere Untersuchungsprogramm ab, das es hier abzuarbeiten gilt: Rechtfertigte vielleicht die Zahl der *Infektionen* die Befürchtung einer Killer-Pandemie? Und musste vielleicht doch der Mensch als verdeckter, unerkannter Überträger eines todbringenden Virus angesehen werden? *Never turn your back cause you don´t know your enemy*? War der Mensch also ggf. doch potentiell unerkannt infiziert und potentiell unerkannt infektiös?

## 5. Daten zum Infektionsgeschehen

Wir halten noch einmal fest: Wir haben bei den Arztbesuchen und bei den Klinikaufenthalten nichts Auffälliges feststellen können. Wir haben aber immer noch nicht eruiert, ob es nicht vielleicht eine große Zahl von Erkrankten gegeben hat, die *nicht* zum

Arzt gegangen sind. Und wir haben uns noch nicht mit der Anzahl der *Infizierten* beschäftigt. Gerade letztere Anzahl ist in der Berichterstattung prominent als Beleg für die Annahme herangezogen worden, wir hätten es mit der schlimmsten Pandemie aller Zeiten zu tun.

### a) Noch einmal: Pandemieradar

Den Pandemieradar des Bundesgesundheitsministeriums haben wir bereits kennengelernt (oben IV. 4. f) – nämlich im Zusammenhang mit den Atemwegserkrankungen. Nunmehr beleuchten wir die Entwicklung des Inzidenzwerts. Dieser Wert drückt die Anzahl der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner binnen sieben Tagen aus. Er wurde als tragende Messgröße für das Infektionsgeschehen und als Richtwert für die Zulässigkeit von Grundrechtseinschränkungen mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz vom 18.11.2020 in das Infektionsschutzgesetz eingefügt (§ 28a Abs. 3 Satz 3 IfSG in der damals geltenden Fassung). Auch der Freistaat Sachsen stütze sich, bis er im Sommer 2021 die Bettenbelegung mit COVID-19 in den Vordergrund stellte (oben IV. 3. d), primär auf diesen Wert. Es muss sich also zum einen um „Infektionen“ im Sinne von § 2 Nr. 2 IfSG handeln, d.h. es muss bei jedem Fall, der in den Inzidenzwert eingeht, nachgewiesen werden, dass der Erreger sich im menschlichen Körper vermehrt. Zum anderen müssen die Infektionen „neu“, d.h. innerhalb der letzten sieben Tage aufgetreten sein.

Wir schauen uns also den Pandemieradar beim Bundesgesundheitsministerium unter der Kategorie „7-Tage-Inzidenz“ an. Und wir sind beim Anblick der Grafik, die hier dargeboten wird, angesichts unserer bereits gewonnen Erkenntnisse nicht mehr überrascht:

Quelle: https://corona-pandemieradar.de/de/inzidenz Bundesministerium für Gesundheit.

Wir sehen für 2020 und 2021 eine Kurve nahe der Null-Linie, einen ersten – aber immer noch moderaten – Anstieg im Herbst 2021 und einen dramatischen Zuwachs in der ersten Jahreshälfte 2022, und damit übrigens schon vor der gerne als Begründung

heran gezogenen „Omikron-Varianten“ – also zu einem Zeitpunkt, da jeder, der wollte, die COVID-Injektion bereits erhalten hatte, in den meisten Fällen sogar schon zum mindestens dritten Mal. Wir sehen insbesondere für 2021 nichts, was irgendwelche Einschnitte in die bürgerlichen Freiheiten gerechtfertigt hätte – zumal das RKI den verlautbarten Inzidenzwert nachweislich wider besseres Wissen in einer im Vergleich zur Realität dramatisch überzeichneten Weise berechnet und veröffentlicht hat (dazu sogleich unten IV. 5. b).

### b) Das Epidemiologische Bulletin des RKI Nr. 39/2020

Ein Autoren-Team unter Mitwirkung von Lothar Wieler veröffentlichte im Epidemiologischen Bulletin des RKI Nr. 39/2020, S. 3-11 einen Aufsatz mit dem Titel: „Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19“, Anlage 5).

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/39_20.html.

Lothar Wieler wird in der Autorenliste auf S. 11 als Letztautor geführt – was in der medizinischen Fächerkultur bedeutet, dass er die wissenschaftliche Gesamtverantwortung für den Inhalt dieses Artikels trägt.

Aus diesem Aufsatz ergibt sich, dass die vom RKI verlautbarten Inzidenzwerte mindestens durch den Faktor 10, möglicherweise aber sogar durch den Faktor 100 dividiert werden müssen, bevor sie der Rechtsanwendung zugrunde gelegt werden – und zwar selbst dann, wenn man sämtliche anderen Fehlerquellen ausblendet, die einer allein auf PCR-Tests basierenden Diagnostik anhaften (und die im Anschluss an die nachfolgend wörtlich zitierten Passagen der Vollständigkeit halber aufgelistet werden).

Wir erinnern uns: § 2 Nr. 2 IfSG definiert die Infektion als die Aufnahme eines Krankheitserregers und dessen Vermehrung im menschlichen Körper. Eben dieses Charakteristikum der Infektion, die Vermehrung des Krankheitserregers, kann ein PCR-Test indes nicht beweisen. Wieler et al. schreiben auf S. 5 des soeben zitierten Aufsatzes Folgendes (die Fußnoten wurden bei nachstehendem Zitat weggelassen):

*„Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen ist [richtig: sind], wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde“.*

Also: der positive Test weist womöglich nicht auf eine aktive, ansteckungsfähige Infektion hin, sondern auf eine vergangene, überstandene Infektion – für die sich das Infektionsschutzgesetz nicht mehr interessiert, weil von ihr keinerlei Gefahr mehr ausgeht.

Auf S. 8, rechte Spalte oben/Mitte, wird sodann zwar der PCR-Test als Goldstandard für den Nachweis einer COVID-19-Infektion gepriesen. Gleich danach wird dem Leser des Beitrags indes die folgende Information zuteil:

*„Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt allerdings keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist. In-vitro-Daten weisen auf ein Verhältnis von 10:1 bis 100:1 zwischen genomischer RNA und infektiösen Viruspartikeln hin."*

Im Klartext: Im *günstigsten* (!) Fall enthalten 10% der positiv getesteten Abstrich-Proben ansteckungsfähiges Virus. Und das RKI *weiß* das. Denn der damalige Chef des RKI hat es selbst geschrieben. Sein Wissen war und ist folglich dem RKI zuzurechnen. Die Inzidenzwerte, die Tag für Tag übermittelt werden und die sich am gesetzlichen Tatbestandsmerkmal der „Neuinfektionen" festmachen (§ 28a Abs. 3 IfSG), müssen vor dem Hintergrund der soeben zitierten Ausführungen mindestens durch den Divisor 10, wenn nicht gar durch den Divisor 100 geteilt werden.

Wie man darauf kommen kann, einen Labortest, der in 90 bis 99% der Fälle falschen Alarm schlägt, zum Goldstandard für die Diagnostik einer Atemwegserkrankung zu erheben, bleibt das Geheimnis der Autoren. Aber wir erkennen bereits jetzt: Auf die Verlautbarung von „Fallzahlen" in der Definition des RKI können wir nichts geben.

Und wie gesagt: Andere Fehlerquellen bei der Labordiagnostik sind bei alledem noch nicht berücksichtigt:

- Zu hohe Anzahl von Vervielfältigungszyklen: Je mehr dieser Zyklen benötigt werden, um einen positiven Test herbeizuführen, desto wahrscheinlicher ist es, dass die gefundenen Genom-Sequenzen (es wird ja nie das gesamte Genom gesucht, sondern nur ein schmaler Ausschnitt!) von einem Virus stammt, das vom menschlichen Körper nach überstandener Infektion längst abgetötet wurde und sich nicht mehr vermehrt. Wie sich aus der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage ergibt (Landtags-Drucksache 7/7435), erhebt die sächsische Staatsregierung auch hierzu keine Daten.
- Untaugliches Abstrich-Material: Wenn die Proben mit Blut kontaminiert sind, sind sie für Testzwecke untauglich.
- Kreuzreaktionen mit anderen Viren (deren Genom via PCR entdeckt und dann fälschlich als SARS CoV-2 ausgegeben wird, weil die Nukleinsäuren, nach denen gesucht wird, in den Genomen beider Virus-Arten enthalten sind)
- Kreuzkontamination: Wenn die Testapparatur nach einer positiv getesteten Abstrich-Probe nicht akkurat gereinigt wird, können Partikel aus dieser Abstrich-Probe darin verbleiben und führen dann dazu, dass automatisch auch die nachfolgende Probe ein positives Testergebnis hervorbringt – obwohl diese für sich gesehen eigentlich negativ wäre. Angesichts der Unmengen an PCR-Tests, die in der Corona-Zeit mit hohem Tempo ausgeführt wurden (dazu noch unten IV. 5. d), ist es mehr als wahrscheinlich, dass derartige Fehler in den Laboren öfters passierten.

Wie gesagt: Alle diese Fehlerquellen werden für die nachfolgende Betrachtung ausgeblendet. Der erkennende Senat möge sich aber ganz generell der Vorstellung öffnen,

dass von einem positiven PCR-Test zu einer ansteckungsfähigen Infektion ein weiter Weg liegen kann.

Fazit: Wir müssen befürchten, dass der Löwenanteil der positiven PCR-Testergebnisse *falsch positiv* ist bzw. war. Es wurden Infektionen verlautbart, die keine waren.

Wer der Frage auf den Grund gehen will, warum eine rein PCR-basierte Diagnostik zum „Goldstandard" erhoben wurde, mag sich die (inzwischen in der Version S3 herausgegebene) Leitlinie *„Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19"* vor Augen führen.

Quelle: *https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGl_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2022-09_1.pdf*

Auf S. 37 dieses Dokuments wird abermals der PCR-Test zum angeblichen Goldstandard der Diagnostik für COVID-19 erhoben. Zur besseren Einordnung dieser Aussage empfiehlt es sich, die Interessenkonflikte der Autoren dieser Leitlinie ab S. 94 zu betrachten, wo sich neben Impfstoffproduzenten auch die Hersteller von Corona-Tests in die lange Liste der Interessenkonflikte einreihen:

*„14.4.1. Interessenkonflikte (s. a. Tabelle)*

*S. Kluge erhielt Forschungsunterstützung der Firmen Cytosorbents und Daiichi Sankyo. Er erhielt Vortragshonorare der Firmen Biotest, Daiichi Sankyo, Fresenius Medical Care, Gilead, Mitsubishi Tanabe Pharma, MSD, Pfizer und Zoll. Er erhielt Beraterhonorare von Fresenius, Gilead, MSD und Pfizer. T. Welte erhielt Beraterhonorare von AstraZeneca, Basilea, Biotest, Bayer, Boehringer, GSK, Janssens, Novartis, Pfizer und Roche. Er erhielt Vortragshonorare und Reiskostenunterstützung der Firmen AstraZeneca, Basilea, Biotest, Bayer, Boehringer, Berlin Chemie GSK, Infectopharm, MSD, Novartis, Pfizer, Roche und Forschungsunterstützung durch DFG, BMBF, EU, WHO. S. Weber-Carstens arbeitet in einem wissenschaftlichen Kooperationsprojekt mit der Firma Dräger zusammen. C. Spinner erhielt Berater- und Vortragshonorare und/oder Reisekostenerstattungen von Coliquio, Gilead Sciences, MSD und Janssen im Kontext Covid-19. Er erhielt Beraterhonorare von Astra Zeneca, BBraun, MSD, Eli Lilly, Molecular Partners, Formycon und Sobi im Kontext Covid-19. Forschungsunterstützung (mittelbar an den Arbeitgeber) erhielt er im Kontext mit COVID-19 von Apeiron, Bbraun, Eli Lilly, Gilead Sciences und Janssen-Cilag. Außerhalb dieses Kontexts erhielt er Beratungs-, Vortragshonorare und/oder Reisekostenerstattung von AbbVie, Gilead Sciences, Janssen-Cilag, MSD und ViiV Healthcare/GSK sowie Forschungsunterstützung (mittelbar an den Arbeitgeber) von Gilead Sciences, GSK, Janssen-Cilag, MSD, ViiV Healthcare sowie das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) und das Nationale Netzwerk Universitätsmedizin (NUM). J. Malin erhielt Beraterhonorare von MAPLE Health Group, Atriva Therapeutics GmbH und Gilead Sciences im Kontext COVID-19, Honorare für Vortragstätigkeiten von Gilead Sciences und Janssen Cilag, Erstattungen von Kongressgebühren und/oder Reisekosten von Gilead Sciences und ViiV Healthcare sowie institutionelle Forschungsförderung (mittelbar an den Arbeitgeber) durch das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung (DZIF)*

*und die U.S. National Institutes of Health (NIH). F. Langer erhielt Vortragshonorare, Beraterhonorare und Forschungsunterstützung durch die Firmen Aspen, Bayer, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Chugai, CSL Behring, Daiichi Sankyo, LEO Pharma, Pfizer, Roche, Sanofi, SOBI und Takeda. M. Westhoff erhielt Vortragshonorare der Firmen Actelion, Boehringer, Novartis, Löwenstein und Forschungsunterstützung der Firma Bayer. M. Pfeifer erhielt Vortragshonorare der Firmen Astra-Zeneca, Boehringer, Chiesi, Glaxo-Smith-Kline, Novartis und Roche. Er erhielt Beraterhonorare der Firmen Boehringer, Chiesi, Novartis und Roche, sowie Reiseunterstützung von Boehringer. K. F. Rabe erhielt Beraterhonorare von AstraZeneca, Boehringer, Sanofi Aventis, MSD und Novartis. Er erhielt Vortragshonorare und Reisekostenunterstützung der Firma Roche, Chiesi Pharmaceuticals, Pfizer, TEVA Pharmaceuticals, Orion Cooperation, Berlin Chemie, Boehringer, AstraZeneca, MSD, Novartis und Sanofi Aventis, Forschungsunterstützung vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. B.W. Böttiger erhielt Vortragshonorare der Firmen Forum für medizinische Fortbildung (FomF), ZOLL und C.R. Bard. J. Weinmann-Menke erhielt Forschungsunterstützung der Firmen GSK, DIAMED, Miltenyi Biotech, Vortragshonorare der Firmen Astellas, Astra Zeneca, Norvartis, Bial, Roche, Chiesi, GSK, Boehringer-Ingelheim, Miltenyi, Bayer, Vifor, Fresenius. Sie erhielt Beraterhonorare von Bayer, Bial, Boehringer- Ingelheim, Chiesi, Astra Zeneca und GSK. O. Müller erhielt Forschungsunterstützung von Novartis und Rheacell sowie Vortragshonorare der Firmen Bayer, BMS, Pfizer, Servier, Novartis und Beraterhonorare von Bayer und BMS. Ch. Specker erhielt Vortrags- und Beraterhonorare der Firmen AbbVie, AstraZeneca, Boehringer, Chugai, GSK, Lilly, MSD, Novartis, Otsuka, Pfizer, Roche, Sanofi, Sobi, Takeda und Vifor. G. Marx erhielt Beraterhonorare und Forschungsunterstützung von Biotest, B.Braun und Adrenomed sowie Vortragshonorare von B.Braun, Biotest und Philips. Er besitzt ein Patent zur Modulation des TLR4 Signalwegs (European Patent 2855519). C. Karagiannidis erhielt Beraterhonorare der Firmen Bayer und Xenios. U. Janssens G. Schälte, P. Gastmeier, H. Bracht, F. Hoffmann, A. Kersten, P. Berlit, A. Krawczyk, W. Nehls, R. Haase, M. Nothacker und N. Skoetz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht."*

Wir müssen vor diesem Hintergrund befürchten, dass sachfremde Erwägungen in die Leitlinie eingeflossen sind. Denn mit Medizin hat die monokausale Suche nach einem einzigen Erreger nichts zu tun. Die Vorgehensweise „Teststäbchen rein – positiv – also Corona" stellt vielmehr einen klaren Fall von Unterdiagnostik dar. Bei einem akuten Atemwegsinfekt können mehrere Erreger gleichzeitig aktiv sein, und dann ist es die Aufgabe des behandelnden Arztes, alle in Betracht kommenden Erreger zu identifizieren.

## c) Jens Spahn im Juni 2020

Das Risiko einer verzerrten Darstellung des Infektionsgeschehens durch falsch positive Labortests blieb auch dem damaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nicht verborgen. In einer ARD-Sendung vom 14.6.2020 führte er aus:

*„Und wir müssen jetzt aufpassen, dass wir nicht nachher durch zu umfangreiches Testen, klingt jetzt total – muss man erstmal um zwei Ecken denken – durch zu umfangreiches Testen zu viel falsch-positive haben.“*

Quelle: https://www.youtube.com/watch?v=ZfWEYeokZiA&t=0s

## d) Zur Anzahl der durchgeführten Labortests

Den Worten von Jens Spahn folgten indes keine Taten. Aus der richtigen Erkenntnis, dass zu viele Tests zu viele falsch positive Ergebnisse hervorbringen, wurde nicht etwa die Konsequenz gezogen, die Testaktivität zu reduzieren. Blicken wir wieder auf die Internetseite des RKI:

| Kalender-woche | Anzahl Testungen | Positiv getestet | Positiven-anteil (%) | Anzahl übermitteln-der Labore |
|---|---|---|---|---|
| Bis einschl. 35/2021 | 71.380.530 | 4.564.728 | – | – |
| 36/2021 | 1.010.977 | 80.004 | 7,91 | 211 |
| 37/2021 | 982.150 | 72.640 | 7,40 | 213 |
| 38/2021 | 961.979 | 61.593 | 6,40 | 210 |
| 39/2021 | 963.970 | 61.710 | 6,40 | 209 |
| 40/2021 | 957.725 | 62.171 | 6,49 | 208 |
| 41/2021 | 857.989 | 69.645 | 8,12 | 206 |
| 42/2021 | 906.917 | 98.591 | 10,87 | 203 |
| 43/2021 | 1.163.552 | 141.219 | 12,14 | 211 |
| 44/2021 | 1.183.169 | 188.073 | 15,90 | 205 |
| 45/2021 | 1.606.571 | 277.377 | 17,27 | 200 |
| **Summe** | **81.975.529** | **5.677.751** | | |

Tab. 1 | Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testungen in Deutschland (Datenstand: 17.11.2021)

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/47/Art_02.html

Wir vergleichen diese Zahl zunächst mit der Grafik, die wir oben unter IV. 4. j kennengelernt haben, und stehen vor einem Rätsel:

Die Grafik oben unter IV. 4. j hatte für 2020 ca. 2 Millionen und für 2021 ca. 5 Millionen „Fälle“ angezeigt. Jetzt sehen wir kurz vor Abschluss des Jahres 2021 *insgesamt* – also für 2020 *und* 2021 – 5,6 Millionen Fälle. Das passt nur zusammen, wenn in KW 46 bis 52 insgesamt noch einmal über 1,3 Millionen positive Testergebnisse

hinzugekommen sind. Auszuschließen ist dies freilich nicht, wenn man allein auf über 277.000 positive Testergebnisse in KW 45/2021 blickt.

Wenn wir also davon ausgehen, dass die Anzahl aller jemals ermittelten positiven COVID-19-PCR-Tests gegen Ende 2021 bei insgesamt 7 Millionen lag, fragen wir uns gleichwohl, warum sich diese Zahlen nicht in einer entsprechenden Häufigkeit von COVID-19 bedingten Arztbesuchen oder Klinikaufenthalten niederschlägt. Offensichtlich haben wir es nicht mit einer Atemwegserreger-Pandemie zu tun, sondern mit einer Laborpandemie. Offensichtlich hatte Jens Spahn mit seiner damaligen Befürchtung recht: Zu viele falsch Positive.

Wir stellen diesen 7 Millionen „Fällen" jetzt noch einmal gegenüber, was das Autoren-Team um Lothar Wieler im Epidemiologischen Bulletin Nr. 39/2020 geschrieben hat. Wir erinnern uns:

*„In-vitro-Daten weisen auf ein Verhältnis von 10:1 bis 100:1 zwischen genomischer RNA und infektiösen Viruspartikeln hin."*

Da die Exekutive die Beweislast für das Vorliegen der tatsächlichen Annahmen trägt, die sie den daraus abgeleiteten Grundrechtseingriffen zugrunde legt, müssen wir zugunsten der Antragstellerin von einem Verhältnis 100:1 ausgehen, d.h. unterstellen, dass lediglich in 1% der Fälle, in denen der PCR-Test positiv ausfiel, tatsächlich eine Vermehrung von Krankheitserregern stattfand und daher nur in 1% dieser Fälle im Sinne des § 2 Nr. 2 IfSG eine Infektion vorlag. Dann werden aus 7 Millionen Infektionen plötzlich nur noch 70.000 – weniger als 1 Promille der deutschen Gesamtbevölkerung.

Es sei zudem daran erinnert, dass jeder positive Test als „Fall" geführt wurde, auch wenn ein und dieselbe Person mehrfach positiv getestet wurde. Die Zahl von 70.000 Infektionen ist also möglicherweise immer noch zu hoch gegriffen. Unten mehr hierzu.

Das RKI hatte noch 2019 das Dokument *„Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern Ausgabe 2019 gemäß § 11 Abs. 2 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)"* überarbeitet.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/Downloads/Falldefinitionen_des_RKI_2019.pdf?__blob=publicationFile

Wir lesen dort auf S. 11:

*„**Wofür und für wen diese Falldefinitionen gedacht sind***

*Gemäß § 11 Abs. 2 IfSG hat das RKI die Aufgabe, Falldefinitionen zu erstellen, die die Kriterien für die Übermittlung von Meldedaten vom Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde und von dort an das RKI festlegen. Die Falldefinitionen haben zum Ziel, bundesweit einheitliche Kriterien im Rahmen der epidemiologischen Überwachung von Infektionskrankheiten sicherzustellen. Damit sollen sie zu standardisierten*

*Bewertungen, aussagekräftigeren Statistiken und letztlich objektiveren Entscheidungen beitragen. Vor dem Hintergrund dieser primär epidemiologischen Aufgabenstellung beschränken sich die Falldefinitionen weitgehend auf solche Kriterien, die für die Entscheidungsfindung zur Übermittlungspflicht notwendig sind. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter entscheiden anhand der Falldefinitionen, ob Erkrankungs- oder Todesfälle bzw. Nachweise von Krankheitserregern, die ihnen gemeldet oder anderweitig bekannt wurden, an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln sind. Die Zielgruppe dieser Falldefinitionen sind deshalb primär die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die die Entscheidung zur Übermittlung treffen."*

Und weiter auf S. 15:

## Falldefinitionskategorien

Die o.g. Evidenztypen werden für die Veröffentlichung der Daten in fünf verschiedene Falldefinitionskategorien zusammengeführt. Diese Einordnung wird von der Übermittlungssoftware auf der Grundlage der Einträge, die zu den einzelnen Evidenztypen gemacht wurden, automatisch vorgenommen.

Die nachfolgend verwendeten Begriffe 'klinisches Bild', 'labordiagnostischer Nachweis' und 'epidemiologische Bestätigung' beziehen sich auf den jeweils zuvor definierten Evidenztyp. Der Begriff 'labordiagnostischer Nachweis' meint hier also immer den Erregernachweis bei dem zu übermittelnden Fall.

**A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung**
Klinisches Bild einer akuten Erkrankung an der ausgewählten Krankheit, ohne labordiagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung.

Gibt es bei der Übermittlungskategorie die Unterscheidung zwischen spezifischem und unspezifischem klinischen Bild, so wird in der Regel nur das spezifische klinische Bild in der Falldefinitionskategorie A übermittelt. In wenigen Ausnahmefällen kann auch das unspezifische Krankheitsbild übermittelt werden, die Referenzdefinition (s.u.) erfüllen jedoch nur die Fälle mit spezifischem klinischen Bild ($A_1$). Die Fälle mit unspezifischem klinischen Bild ($A_2$) werden zwar übermittelt, aber nicht in der vereinfachten statistischen Darstellung des Robert Koch-Instituts gezählt.

**B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung**
Klinisches Bild einer akuten Erkrankung an der ausgewählten Krankheit, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.

Wird bei einem solchen Fall der labordiagnostische Nachweis nachträglich erbracht, wird er zu einem klinisch-labordiagnostisch bestätigten Fall.

**C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung**
Klinisches Bild einer akuten Erkrankung an der ausgewählten Krankheit und labordiagnostischer Nachweis.

Für Fälle mit labordiagnostischem Nachweis ist es unerheblich, ob eine epidemiologische Bestätigung vorliegt.

**D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild**
Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das die Kriterien für eine akute Erkrankung an der ausgewählten Krankheit nicht erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

Für Fälle mit labordiagnostischem Nachweis ist es unerheblich, ob eine epidemiologische Bestätigung vorliegt.

**E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild**
Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Für Fälle mit labordiagnostischem Nachweis ist es unerheblich, ob eine epidemiologische Bestätigung vorliegt.

Hierin finden wir sehr wohl die feine Unterscheidung der Falldefinitionskategorien, die gemeldet werden sollen. Gesundheitsämter und RKI hatten also gemäß *§ 11 Abs. 2 IfSG* Vorgaben, nach denen die „Fälle" der Infektionskrankheiten definiert und gemeldet werden sollten. Diese Vorgaben wurden erst 2019 überarbeitet. Und das RKI hätte diese „Fälle" dann sehr wohl in asymptomatisch und symptomatisch, in „an" und „mit"

(oder vielmehr „ohne“) COVID-19 unterteilen und auswerten können. Wir zitieren S. 11 der Publikation (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Warum eine neue Ausgabe der Falldefinitionen? Die vorliegenden Erfahrungen bei der Anwendung der Falldefinitionen in der täglichen Praxis zeigen, dass diese innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gut angenommen werden und ihre Funktion erfüllen. Eine Überarbeitung der Falldefinitionen war jedoch notwendig geworden, so dass der fortschreitenden Entwicklung der Labormethoden Rechnung getragen wird und die Kriterien der Übermittlung präzisiert bzw. vereinheitlicht werden. Die daraus folgenden strukturellen und inhaltlichen Änderungen der Falldefinitionen* ***haben zum Ziel, Fehlinterpretationen im Umgang mit ihnen zu vermeiden*** *und den Bearbeitungsaufwand für die Gesundheitsämter zu reduzieren.“*

Das RKI war sich also Fehlinterpretationen im Umgang mit der Meldung von „Fällen“ so sehr bewusst, dass es noch 2019, kurz vor „Pandemie“ eine Überarbeitung der *„Falldefinitionen des Robert Koch-Instituts zur Übermittlung von Erkrankungs- oder Todesfällen und Nachweisen von Krankheitserregern“* durchgeführt hat. Warum dann weder Gesundheitsämter noch RKI sich an diese Vorgaben gehalten haben, steht als große Frage im Raum. Vermutlich, weil dann ersichtlich wurde, dass ein Großteil der „Fälle“ gesunde, nach RKI „asymptomatische“ Fälle waren.

Nun mag man gegen die hier angestellte Berechnung einwenden: Selbst wenn man unterstelle, dass in den übrigen obigen 6.930.000 „Fällen“ bei einem positiven Test keine ansteckungsfähige Infektion habe gefunden werden können, so müsse es in allen diesen „Fällen“ doch zumindest *vorher* mal eine *gegeben* haben. Wir erinnern uns: Das Autoren-Team um Lothar Wieler hatte im Epidemiologischen Bulletin 39/2020 auf Seite 5 geschrieben, dass das Virus-Genom noch Wochen nach Symptombeginn nachweisbar sei, auch wenn dies nicht mit ansteckungsfähigen Viruspartikeln gleichzusetzen sei (oben IV. 5. b).

Dieser Einwand wirft indes sogleich weitere Fragen auf:

- Wie kann es sein, dass bei so vielen positiv Getesteten die Infektion erst bemerkt wurde, nachdem sie bereits überstanden war? Legt dies nicht die Schlussfolgerung nahe, dass die betreffenden Personen die Infektion problemlos überstanden haben? Vielleicht sogar – Vorsicht Verschwörungstheorie – *gesund* waren?
- Wurde eigentlich jeder positive COVID-19-Test beim RKI als „Fall“ geführt? Nehmen wir etwa an, jemand liegt mit einer COVID-19-Erkrankung 14 Tage lang in der Klinik und wird jeden Tag getestet, die ersten elf Tage jedes Mal positiv. Hat das RKI dann einen oder elf Fälle gelistet? Konnte – und wenn ja, wie – das RKI ausschließen, dass eine mehrfache positive Testung ein und derselben Person in enger zeitlicher Abfolge als „mehrere“ Infektionen in die Statistik einging?
- Die massenweise Testung symptomloser Personen wurde mit der Überlegung begründet, es müssten möglichst alle – auch symptomlosen – Infektionen

aufgedeckt werden, um einer weiteren Ausbreitung von SARS CoV-2 Einhalt zu gebieten. Aber ist eine hohe Dunkelziffer wirklich etwas Bedrohliches? Stiftet sie nicht vielmehr im Gegenteil Beruhigung, weil jene Infektionen, die unerkannt bleiben, so unproblematisch verlaufen, dass von ihnen keine nennenswerte Gefahr ausgeht?

Wir halten fest: Betrachtet man das Zustandekommen der hohen „Fallzahlen" genauer, verlieren diese Zahlen viel von ihrem Schrecken. Es bleibt die Erkenntnis: Wir haben es mit einer reinen Laborpandemie zu tun. Die horrende Zahl der Testungen produzierte eine horrende Zahl von positiven Tests, die in keiner Weise eine Spiegelung im Erkrankungsgeschehen fanden.

## e) Inzidenzwert misst nur Testaktivität

Der Inzidenzwert, der mit dem sog. Dritten Bevölkerungsschutzgesetz zur zentralen Messgröße für das Infektionsgeschehen erhoben wurde (§ 28a Abd. 3 Satz 3 IfSG in der damaligen Fassung), misst in Wirklichkeit nicht das Infektionsgeschehen, sondern die Testaktivität. Es ist bemerkenswert, dass die öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten diese Schwäche des Inzidenzwertes durchaus kennen – auf diese Erkenntnis aber nur dann zurückgreifen, wenn es in ihr Konzept der Bewahrung des Pandemie-Narrativs passt. Hier einige Beispiele:

Bayerischer Rundfunk, „Faktenfuchs" vom 8.8.2021, https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/usa-corona-vergleich-von-north-und-south-dakota-irrefuehrend,SfHfO7q: Dieser Artikel setzt sich damit auseinander, dass die Maßnahmen in North Dakota schärfer waren als in South Dakota, die Inzidenzwerte aber im Wesentlichen die gleiche Entwicklung nahmen. Der Bayerische Rundfunk schreibt hierzu (Hervorhebungen im Original):

*„Zum Höhepunkt der Fallzahlen Mitte November wurde in North Dakota drei Mal mehr getestet als im Nachbarstaat. Zeitweise waren es sogar sechs Mal so viele Tests pro 100.000 Einwohner in North Dakota. Doch die Anzahl der Tests alleine lässt noch keine Rückschlüsse zu den tatsächlichen Fällen, und somit der Dunkelziffer an Corona-Infektionen, zu."*

Die „Faktenfüchse" des Bayerischen Rundfunks merken gar nicht, dass sie damit die gesamte Corona-Berichterstattung von ARD, ZDF & Co. ad absurdum führen – in der ja immer der seitens des RKI verlautbarte Inzidenzwert ohne jede Hinterfragung übernommen wurde. Und die „Faktenfüchse" berichten zwar von einer höheren Hospitalisierungsrate in South Dakota, scheinen aber keine Überlastung der dortigen Kliniken festgestellt zu haben (jedenfalls schreiben sie dazu nichts) – während sie zu North Dakota schreiben, dass die Kliniken in North Dakota im November 2020 an ihr Limit geraten seien. So erfolglos, wie der bayerische Rundfunk uns suggerieren will, scheint der liberale Kurs in South Dakota also nicht gewesen zu sein.

In Ignoranz jeglicher tatsächlicher Faktenlage wird in den Medien auch für eine COVID-19-Auffrischungsimpfung mit dem angepassten Booster-Impfstoff geworben:

Norddeutscher Rundfunk vom 6.11.2023, https://www.ndr.de/ratgeber/gesundheit/Corona-Impfung-mit-neuem-Biontech-Booster,coronaimpfstoffe100.html: Den möglichen Einwand, angesichts niedriger Fallzahlen bestehe für eine solche Auffrischungsimpfung kein Anlass, versucht der NDR wie folgt zu zerstreuen:

*„Zwar liegt die Sieben-Tage-Inzidenz deutschlandweit aktuell lediglich bei rund 20 Covid-19-Fällen wöchentlich pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Da sich viele Menschen nicht mehr testen lassen, sind die tatsächlichen Coronazahlen aber vermutlich höher."*

Nun da die „Fallzahlen" nicht mehr geeignet sind, zur Angsterzeugung eingesetzt zu werden – und die Angst vor einer Ansteckung mit SARS CoV-2 ist bekanntlich, neben der mittelbaren Impfpflicht durch die Einführung von 2G-Maßnahmen, die einzige Motivation, über eine Impfung nachzudenken –, muss man natürlich ihre Bedeutung relativieren. „Aussagekräftig" sind die Fallzahlen also offenbar immer nur dann, wenn man mit ihrer Hilfe die Menschen in Panik versetzen kann.

ZDF vom 13.3.2023, https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-inzidenz-sinkt-tests-100.html: Dort wird über die Gründe der sinkenden Inzidenzzahlen räsoniert und u.a. ins Feld geführt, dass der Anspruch auf kostenlose Tests weggefallen sei, weswegen sich viele Menschen nicht mehr testen ließen. Sodann heißt es:

*„Wegen der ausbleibenden Tests ist die Zahl der Corona-Fälle auf dem Papier noch nie so stark gesunken wie in diesem Monat - nicht mal während abklingender Infektionswellen. Zahlreiche Landkreise rutschen nun unter die einst so wichtige Inzidenz-Marke von 50."*

Hier zeigt sich die gleiche Herangehensweise wie zuvor beim NDR: Es wird weniger getestet, also ist der Inzidenzwert nicht mehr aussagekräftig.

Diese Einsichten hätten, und zwar nicht nur bei den öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten, allen Anlass zu einer kritischen Reflexion ihrer eigenen Corona-Berichterstattung geben müssen. Davon ist aber bis heute nichts zu sehen.

### f) Wofür könnten die Massentests in Wirklichkeit gedacht sein?

Wenn aber die massenweise Testung symptomloser Personen keinerlei epidemiologisch verwertbaren Erkenntnisse hervorbringen kann, müssen wir uns die Frage stellen, ob die Gewinnung solcher Erkenntnisse überhaupt das Ziel dieser Testungen gewesen sein kann.

Grundlage der Testungen waren Abstrich-Proben von der Nasen- oder Rachenschleimhaut. Abgestrichen wurden also Körperzellen aus den Schleimhäuten, in denen die gesamte Erbgutinformation (DNA), mit anderen Worten: das gesamte Genom eines Menschen enthalten ist. An diesen Daten haben Politik und Pharmaindustrie ein nachdrückliches Interesse. Wir lesen auf der Internetseite der Europäischen Union Folgendes (Hyperlinks im Original):

*„Die Initiative „1+ Million Genome“ (1+MG) zielt darauf ab, einen sicheren Zugang zur Genomik und den entsprechenden klinischen Daten in ganz Europa für bessere Forschung, personalisierte Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik zu ermöglichen. Seit dem Digitalen Tag 2018 unterzeichneten 25 EU-Länder, das Vereinigte Königreich und Norwegen die Erklärung der Mitgliedstaaten zur Intensivierung der Bemühungen um die Schaffung einer europäischen Dateninfrastruktur für genomische Daten und die Umsetzung gemeinsamer nationaler Vorschriften, die den Zugang zu föderierten Daten ermöglichen. Die Initiative ist Teil der EU-Agenda für die digitale Transformation von Gesundheit und Pflege und steht im Einklang mit den Zielen des europäischen Gesundheitsdatenraums“*

Quelle: https://digital-strategy.ec.europa.eu/de/policies/1-million-genomes.

Es geht also – auch wenn es verklausuliert formuliert ist (sowohl im Zitat als auch in dem darauffolgenden Text, mit dem das Projekt näher vorgestellt wird) – darum, die Genom-Daten von möglichst vielen Menschen zu sammeln. Deutschland ist diesem Projekt am 16.1.2020 beigetreten – also am Vorabend der Corona-Maßnahmen.

Quelle: https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/deutschland-tritt-genomprojekt-der-eu-bei.html.

Man wird sich nun fragen, was die Corona-Tests damit zu tun haben: Die Teststäbchen sind doch, so möchte man hoffen, nach Entnahme der Probe und Durchführung der Testung vernichtet worden. Oder?

Ein aktueller Medienbericht belehrt uns indes eines Besseren. Die Genom-Daten werden in den Testlaboren offenbar jahrelang gespeichert. Offen gibt das keiner zu. Es kommt erst heraus, wenn sich in einem Testlabor eine undichte Stelle offenbart. In den Niederlanden ist eben dies soeben der Fall gewesen. In einem Medienbericht auf dem österreichischen Medienkanal tkp.at vom 26.1.2024 heißt es (Fettdruck im Original):

***„Testlabore für Covid wurden zu Datenkraken. Und obwohl der Testzwang lange vorbei ist, sind die Daten offenbar noch immer gespeichert. Wie ein aktueller Fall aus den Niederlanden zeigt.***

*Es war eine Begleiterscheinung der Covid-Politik, die aber auch im Zentrum stand: (medizinische) Daten jedes Einzelnen, die vor allem über digitale Zertifikate gesammelt worden sind. Labore wurden dabei zu echten Big-Data-Zentren. Das beweist nun der größte niederländische Covid-Testanbieter. Von ihm ist jetzt eine frei zugängliche Datenbank mit mehr als 1,3 Millionen Datensätzen von Patienten (beziehungsweise deren Covid-Tests) im Internet gefunden worden,“*

Quelle: tkp.at vom 26.1.2024, https://tkp.at/2024/01/26/13-millionen-patientendatensaetze-aus-covid-testlabor-geleakt/.

Der Bericht verlinkt einen entsprechenden Beitrag des Medienkanals „The Register“ vom 24.1.2024 (https://www.theregister.com/2024/01/24/dutch_covid_testing_firm_ignored_warnings/), der seinerseits wiederum auf einen Beitrag des

Datenschutzaktivisten Jeremiah Fowler auf dem Medienkanal VPN Mentor vom 22.1.2024 verweist. Jeremiah Fowler hat den Datenskandal selbst aufgedeckt und schreibt:

*"The publicly exposed database contained an estimated 1.3 million records that included 118,441 certificates, 506,663 appointments, 660,173 testing samples, and a small number of internal application files. The exposed certificates and other documents were all marked with the name and logo of Coronalab.eu. Although the website appears to be offline, Coronalab is owned by Microbe & Lab, an ISO-certified laboratory based in Amsterdam, Netherlands. According to the NL Times, "CoronaLab is one of the two largest commercial test providers in the Netherlands". I sent multiple responsible disclosure notices and did not receive any reply and several phone calls also yielded no results. The database remained open for nearly 3 weeks before I contacted the cloud hosting provider and it was finally secured from public access. In most cases the organization replies or closes public access immediately after receiving a responsible disclosure notice. Another research-based online publication, Cybernews, claimed to have found a similar leak around the same time of my discovery. I cannot confirm if it's related or not.*

*The exposed COVID test records contained each patient's name, nationality, passport number, and test results, as well as the price, location, and type of test conducted. The database also contained thousands of QR codes and hundreds of.csv files that showed appointment details and many patients' email addresses. With personal data and emails exposed, cybercriminals could attempt to exploit this information or launch targeted phishing campaigns using internal information or posing as a laboratory employee. The criminal could potentially reference test dates, locations, or other insider information that only the patient and the laboratory would know. Any potential exposure involving COVID test data combined with PII could potentially compromise the personal and medical privacy of the individuals listed in the documents."*

Quelle: VPN Mentor vom 22.1.2024, https://www.vpnmentor.com/news/report-coronalab-breach/.

Also: Es sind höchstpersönliche Daten mindestens drei Wochen lang frei zugänglich gewesen. Und das verantwortliche Labor antwortet nicht auf Rückfragen. Dies wirft nicht nur die Frage nach dem Datenleck auf, sondern ebenso die Frage, warum die Daten über Testergebnisse und Abstrich-Proben im Labor jahrelang gespeichert wurden. Es gibt nur eine mögliche Erklärung: Die Genom-Daten der getesteten Personen sind eine attraktive Handelsware.

Müssen wir womöglich befürchten, dass auch deutsche Labore die Genom-Daten getesteter Personen jahrelang speichern? Und dass sie diese Daten an das Bundesgesundheitsministerium übermitteln? Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Charité als Konsiliarlabor für Coronaviren (https://virologie-ccm.charite.de/diagnostik/konsiliarlaboratorium_fuer_coronaviren/), zumal die Leitung dieses Labors Prof. Dr. Christian Drosten anvertraut ist?

Und war vielleicht die Gewinnung von Millionen Genom-Daten das eigentliche Ziel der Massentestungen?

## g) Ein Wort noch zu „symptomlos Kranken“

Als angeblich erster COVID-19-Fall in Deutschland wurde in einem Brief an die Herausgeberschaft des New England Journal of Medicine eine chinesische Geschäftsfrau präsentiert, die – angeblich selbst symptomlos – an einem Meeting in einem Münchener Unternehmen teilgenommen und dabei die anderen Teilnehmer des Meetings angesteckt habe; erst nach ihrer Rückkehr nach China sei die COVID-19-Diagnose gestellt worden. An diesem Brief, der am 30.1.2020 als Preprint vorgestellt wurde und am 5.3.2020 im New England Journal of Medicine erschien, waren ausweislich der Autorenliste unter anderem Oberstarzt Prof. Dr. Roman Wölfel, Leiter des Instituts für Mikrobiologie bei der Bundeswehr, sowie Prof. Dr. Christian Drosten beteiligt.

Quelle: Rothe et al., Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany, https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc2001468?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed, DOI: 10.1056/NEJMc2001468.

Bereits am 3.2.2020, also über einen Monat, bevor dieser Brief im New England Journal of Medicine erschien, war indes bekannt geworden, dass die chinesische Geschäftsfrau sehr wohl Symptome hatte und ein fiebersenkendes Medikament einnahm, um überhaupt an dem Meeting teilnehmen zu können. Herausgekommen war dies, nachdem das RKI entsprechende Ermittlungen angestellt hatte.

Quelle: Kai Kupferschmidt in einem Beitrag vom 3.2.2020 auf https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong.

Und auch im Supplementary Appendix zur soeben zitierten Studie (Rothe et al.) ist über die chinesische Geschäftsfrau zu lesen, dass sie in der Nacht vor dem Meeting offenbar die Notwendigkeit sah, ein fiebersenkendes Mittel einzunehmen:

*“At midnight she woke up, felt “a little bit warm, but not in a febrile way,“ took one pill of a Chinese over-the-counter drug called 999 (solution in water), which according to her contained acetaminophen.”*

Quelle: https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMc2001468/suppl_file/nejmc2001468_appendix.pdf.

Zwar angeblich nur aus präventiven Gründen – aber wer keinen Anflug von Symptomen verspürt, wird auch keinen Anlass zur Einnahme eines fiebersenkenden Mittels sehen. Mindestens also haben wir keine Evidenz für die Annahme, dass die chinesische Geschäftsfrau symptomlos an dem Meeting teilgenommen hat. Wohlgemerkt: Das ergibt sich aus dem Supplementary Appendix, also aus dem Datenanhang zu jener Studie (Rothe et al.), an denen Wolfel und Drosten mitgewirkt haben.

Diese Erkenntnis veranlassten das Autorenteam indes keineswegs, den Brief zurückzuziehen. Sie ließen es vielmehr zu, dass der Brief gleichwohl abgedruckt wurde, obwohl sich der angebliche Erkenntnis-Mehrwert, nämlich der angebliche Beweis einer symptomlosen Übertragbarkeit von SARS CoV-2, endgültig zerschlagen hatte. In einer Folgestudie, an der Wölfel und Drosten ebenfalls beteiligt waren, erfuhr der Leser sodann, dass die chinesische Geschäftsfrau kurz vor ihrem Abflug nach Deutschland noch Kontakt zu ihren COVID-19-kranken Eltern in Wuhan gehabt hatte – eine Information, die durchaus auch schon im Brief im New England Journal of Medicine von Interesse gewesen wäre.

Quelle: Böhmer et al., Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series, https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30314-5.

Damit ist der Nachweis erbracht, dass ein wesentliches Kernelement der Pandemie-Erzählung, nämlich die These von der angeblichen symptomlosen Ansteckungsfähigkeit von SARS CoV-2, mithilfe von eklatantem wissenschaftlichem Fehlverhalten in die Welt gesetzt wurde. Das Fehlverhalten besteht darin, dass die Autoren der Studie Rothe et al. als Beweis der angeblichen symptomlosen Ansteckungsfähigkeit wissentlich einen Fall präsentierten, der zum Beleg dieser These offensichtlich nicht geeignet war.

Die Frage der symptomlosen Ansteckungsfähigkeit wurde bereits im Dezember 2020 in einer breit angelegten Meta-Studie aufgegriffen, deren Ergebnisse die Autoren wie folgt kommentierten (Hervorhebungen nicht im Original):

*“Our estimates of the prevalence of asymptomatic COVID-19 cases and asymptomatic transmission rates are lower than many highly publicized studies, but still sufficient to warrant policy attention.* ***Further robust epidemiological evidence is urgently needed,*** *including in sub-populations such as children, to better understand the importance of asymptomatic cases for driving spread of the pandemic.”*

Quelle: Byambasuren et al., Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: Systematic review and meta-analysis, https://jammi.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/jammi-2020-0030.

Die Durchsicht dieser Meta-Studie fördert insbesondere die Erkenntnis zutage, dass nicht alle einbezogenen Einzelstudien den Begriff „asymptomatisch“ mit der erforderlichen Präzision definierten.

Diese Meta-Studie ist übrigens auch vom RKI zur Kenntnis genommen worden; sie wird erwähnt im SARS CoV-2-Steckbrief des RKI vom 26.11.2021.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html?nn=13490888#doc13776792bodyT%20ext13.

Die benötigte robuste Evidenz wurde bereits im November 2020 (zu einem Zeitpunkt, da Byambasuren et al. sie nicht mehr berücksichtigen konnten) von einem

chinesischen Forscher-Team gesucht, das sich die Mühe machte, das gesamte Ausbruchs-cluster in Wuhan – knapp 10 Millionen Menschen – auf die Frage nach den Übertragungswegen zu untersuchen.

Quelle: Gao et al., Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China, https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w.

Das Ergebnis dieser Studie: Die asymptomatische Übertragung von SARS CoV-2 spielte keine Rolle. Wörtlich heißt es auf der zweiten Seite der Studie:

*"In the present study, virus culture was carried out on samples from asymptomatic positive cases, and found no viable SARS-CoV-2 virus. All close contacts of the asymptomatic positive cases tested negative, indicating that the asymptomatic positive cases detected in this study were unlikely to be infectious."*

Man könnte auch sagen: Symptomlosen Menschen kann man getrost begegnen. Denn sie sind weder ansteckend noch krank. Sie sind schlicht gesund. Das Basis-Narrativ der Pandemie-Erzählung, dass der Mensch allein deswegen, weil er existiere und ausatme, eine potentiell todbringende Gefahr für andere darstelle, fällt angesichts dieser Forschungsergebnisse kläglich in sich zusammen.

## h) Was war eigentlich mit den Zahnärzten?

Träfe es zu, dass bei jedem Menschen allein durch seine Ausatmung die Gefahr der Übertragung eines todbringenden Krankheitserregers besteht, erhebt sich die Frage, wie Zahnärzte in einem solchen Umfeld überhaupt arbeiten, ja überleben konnten. Angeblich handelt es sich bei SARS CoV-2 um ein Virus, das durch luftgetragene Aerosole übertragen wird. Genaueres kann man in einem ausführlichen Papier des baden-württembergischen Wissenschaftsministeriums nachlesen:

Quelle: https://mwk.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-mwk/intern/dateien/Anlagen_PM/20201204_Stellungnahme_Aerosole_SARS_CoV2.pdf.

Wenn das zutrifft, haben sämtliche Zahnärzte sich in der Corona-Zeit todesmutig in eine veritable Aerosol-Hölle gestürzt. Denn sie haben im Mund ihrer Patienten gearbeitet und sind mit deren Speichel in Kontakt gekommen – jenem Speichel, der bei der Ausatmung die Aerosole generiert. Eigentlich hätten sie in dieser Situation ihre Arbeit in Ganzkörper-Schutzanzügen verrichten müssen, etwa so:

Konnte irgendwo in dieser Republik ein Zahnarzt identifiziert werden, der bei seiner Arbeit diese Kleidung trug? Genau diese Kleidung hätte er aber tragen müssen, wenn man die rechtlichen Vorgaben ernst nimmt. Blicken wir zunächst auf Erwägungsgrund Nr. 7 der Richtlinie 2020/739/EU:

*„Im März 2020 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation Leitlinien zur biologischen Sicherheit für Laboratorien in Bezug auf das neue Coronavirus und die Untersuchung klinischer Proben von Patienten, die mit SARS-CoV-2 infiziert sind. (3) In diesen Leitlinien ist festgelegt, dass nichtproliferative diagnostische Labortätigkeiten, wie z. B. die Sequenzierung, in einer Einrichtung unter Anwendung von Verfahren durchgeführt werden können, die mindestens der Sicherheitsstufe 2 entsprechen (Biosicherheitsstufe 2, BSL 2), während proliferative Tätigkeiten mit SARS-CoV-2 in einem Hochsicherheitslabor mit Unterdruck zur Atmosphäre (Biosicherheitsstufe 3, BSL 3) durchgeführt werden sollten. Um ausreichende Kapazitäten sowie die Kontinuität der unentbehrlichen Arbeit der Diagnoselabors in der gesamten Union zu gewährleisten, sollte dies in Anhang III der Richtlinie 2000/54/EG deutlich gemacht werden."*

Der Zahnarzt ist bei seiner Arbeit in der Mundhöhle seiner Patienten einem ähnlich hohen, wenn nicht gar höherem Ansteckungsrisiko wie ein Labormitarbeiter ausgesetzt. Seine Tätigkeit ist also tatsächlich im vorgenannten Sinne *proliferativ*. Sah der Arbeitsplatz der Zahnärzte während der „Killervirus-Pandemie" abgesichert aus wie ein Hochsicherheitslabor mit Unterdruck zur Atmosphäre? Vermutlich nein. Jedenfalls ist nichts dergleichen bekannt geworden. Der gesunde Menschenverstand stellt vor diesem Hintergrund die bohrende Frage: Warum gab es dann kein massives Zahnarztsterben während der „Killervirus-Pandemie"?

Blicken wir hierzu auf die einschlägigen Arbeitsschutzvorschriften: Die Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA-100, abrufbar bei der Bundesanstalt für

Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) schreibt für solche Tätigkeiten die folgende persönliche Schutzausrüstung vor:

*„In der Schleuse ist die für die Schutzstufe 3 vorgesehene Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung anzulegen und nach Beendigung der Tätigkeit abzulegen. Diese umfassen mindestens einen Rückenschlusskittel mit Kennzeichnung, (z.B. farblich abgesetzt zu den in anderen Schutzstufenbereichen getragenen Schutzkitteln), geschlossene Schuhe und geeignete Schutzhandschuhe (und mit einem AQL-Wert ≤ 1.5). In Abhängigkeit vom Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung können auch Mundschutz (Berührungsschutz) oder Atemschutz sowie Augenschutz (Spritzschutz) erforderlich sein.*

*Durch Einrichtung entsprechender Bereiche in der Schleuse ist zu gewährleisten, dass getragene Schutzkleidung getrennt von sonstiger Laborkleidung aufbewahrt wird. Für benutzte, zur Desinfektion und Reinigung vorgesehene Schutzkleidung sowie für gebrauchte persönliche Schutzausrüstung sind geeignete, dekontaminierbare Sammelbehälter in der Schleuse bereit zu stellen.*

*Hinweis: An Händen und Unterarmen dürfen keine Schmuckstücke, Uhren und Eheringe getragen werden, um eine effiziente hygienische Händedesinfektion zu gewährleisten und die Schutzfunktion der Handschuhe zu gewährleisten. Fingernägel müssen kurzgeschnitten sein.“*

Um eine Vorstellung von einem Rückenschlusskittel zu vermitteln, diene dieses Bild zur Illustration:

Und dazu müssen wir uns eben noch den Gesichtsschutz vorstellen, der auf diesem Foto nicht mit abgebildet ist. Alle Mitglieder des erkennenden Senats und alle Verfahrensbeteiligten mögen sich die Frage stellen, ob sie sich daran erinnern können, dass ihr Zahnarzt in der Zeit ab März 2020 bei seiner Arbeit so aussah. Und warum ist man als Patient überhaupt zum Zahnarzt gegangen? Zumindest wenn keine akuten Schmerzen vorlagen? War nicht auch das ein halsbrecherisches Risiko? Wenn wir doch so eine Killer-Pandemie hatten? Hätte man dann nicht auch als Patient darauf bestehen müssen, dass die Sicherheitsvorkehrungen für ein Unterdruck-Labor der Schutzstufe 3 eingehalten werden?

Wenn diese Sicherheitsvorkehrungen *nicht* beachtet worden sind und die Arbeit eines Zahnarztes im Umfeld eines so gefährlichen Erregers verrichtet werden musste, hätte das eigentlich ein Massensterben bei den Zahnärzten zur Folge haben müssen. Wäre

dies geschehen, hätten die etablierten Medien – immer auf der Suche nach Futter für ihre Angstpropaganda – dies dankend aufgegriffen und in ihrer Berichterstattung besonders hervorgehoben.

Also waren die ganzen Menschen, die beim Zahnarzt waren, vielleicht doch nicht potentiell symptomlos krank, sondern einfach nur *gesund*?

Noch ein Wort zu den Aerosolen: Wenn es stimmt, dass das SARS CoV-2 durch luftgetragene Aerosole übertragen wird: Warum hat man sich bei der Massentestung nicht darauf beschränkt, Speichelproben zu nehmen? Warum mussten es unbedingt Abstriche von den Schleimhäuten sein? Auch hier liegt die Erklärung nahe: Im Speichel findet man kein menschliches Genom, wohl aber in den Schleimhäuten. Das verstärkt den Verdacht, dass es bei den Massentestungen nicht um Infektionsschutz, sondern um die Generierung von Genom-Daten für das oben (IV. 5. f) wiedergegebene EU-Genom-Projekt ging.

# 6. Das Sterbegeschehen

Es ist noch gar nicht lange her, da konnte man auf der Internetseite der WHO die folgende Definition einer Pandemie nachlesen:

*“An influenza pandemic occurs when a new influenza virus appears against which the human population has no immunity, resulting in epidemics worldwide with enormous numbers of deaths and illness.”*

Quelle: https://web.archive.org/web/20090122050750/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/print.html.

Heute definiert die WHO eine Pandemie wie folgt:

*“A disease epidemic occurs when there are more cases of that disease than normal. A pandemic is a worldwide epidemic of a disease.”*

Quelle (das entsprechende WHO-Dokument direkt zum Herunterladen): http://whale.to/vaccine/WHO2.pdf.

Die deutliche Abschwächung dieser Definition geschah im Jahr 2009 im Zuge der Schweinegrippe-Welle. Näheres dazu erfährt man im arte-Dokumentarfilm „Profiteure der Angst“ ab Minute 6:46:

*„Es ist die höchste Warnstufe, aber nach neuen Kriterien. Im Mai 2009 streicht die WHO zwei wesentliche Punkte der Pandemiedefinition. Früher waren eine enorme Anzahl an Todesfällen und Erkrankungen in mehreren Staaten Bedingung. Das ist heute nicht mehr so. Nun reicht zur Ausrufung einer Pandemie, dass sich der Erreger schnell und massiv in mindestens zwei der sechs WHO-Regionen ausbreitet.“*

Quelle: https://www.youtube.com/watch?v=B0uLDt0NHA0.

Diese Neudefinition des Begriffs „Pandemie“ hat es den politischen und medialen Akteuren in der Corona-Zeit deutlich erleichtert, den Menschen Angst vor SARS CoV-2 einzujagen. Indes zeigt sich ebenso: Den eindrucksvollsten Beweis für eine besorgniserregende Pandemie könnte man führen, wenn das Virus eine unerwartet große Anzahl von Toten hervorgebracht hat. Daher erscheint es angezeigt, auch die Entwicklung der Mortalität und die Rolle von COVID-19 in diesem Zusammenhang zu beleuchten.

## a) Sterbefall-Statistik: Methodische Grundlagen

Bevor wir in die verfügbaren offiziellen Daten und Statistiken eintreten, sollte man sich einige methodische Grundlagen für die Anfertigung von Sterbestatistiken vergegenwärtigen. In einem aktuellen Beitrag in der Zeitung *Epoch Times* erläutern die Autoren Jürgen Kremer und Tim Sumpf zunächst die Selbstverständlichkeit, dass die Zahl der Verstorbenen ins Verhältnis gesetzt werden muss zur Gesamtzahl der Menschen in der Kohorte, für welche die Sterberate ermittelt wird (Tabelle im Original):

*„In einer Beispielstadt leben eine Million Menschen, von denen im Laufe eines Jahres 10.000 Einwohner sterben. Im benachbarten Beispieldorf leben nur 1.000 Leute, von denen binnen eines Jahres zehn sterben.*

*Obwohl in der Stadt 1.000-mal mehr Menschen gestorben sind, ist es nicht angebracht, von einer Übersterblichkeit zu sprechen, denn dort wohnen auch 1.000-mal mehr Menschen. Sterberaten berücksichtigen dies, indem sie die Anzahl der Verstorbenen zur Anzahl der Lebenden in Beziehung setzen. Im Beispiel erhalten wir in beiden Fällen ein Prozent.“*

| Stadt | | Dorf |
|---|---|---|
| 1.000.000 | **Einwohner** | 1.000 |
| 10.000 | **Verstorbene** | 10 |
| 1% | **Sterberate** | 1% |

Tab. 1: Einfluss der Einwohnerzahl auf die Übersterblichkeit.

Sodann machen die Autoren mit Recht auf die Notwendigkeit einer sogenannten *Altersstandardisierung* aufmerksam (Tabelle im Original):

*„In einem anderen Beispiel leben in Jungdorf und Altdorf jeweils 1.000 Einwohner. In Jungdorf leben 900 junge und 100 alte Menschen, in Altdorf ist es umgekehrt. Auch hier zählt man am Ende eines Jahres die Verstorbenen, wobei in Jungdorf zehn Alte und neun Junge und in Altdorf 90 Alte und ein Junger zu betrauern sind.*

*Daraus ergeben sich zunächst Sterberaten von 1,9 und 9,1 Prozent, dennoch ist die Sterblichkeit unter Berücksichtigung der Altersstruktur in beiden Dörfern identisch. Es starben jeweils ein Prozent der Jungen und zehn Prozent der Alten.“*

| Jungdorf | | | Altdorf | |
|---|---|---|---|---|
| Junge | Alte | | Junge | Alte |
| 900 | 100 | **Einwohner** | 100 | 900 |
| 9 | 10 | **Verstorbene** | 1 | 90 |
| 1% | 10% | **Sterberate** | 1% | 10% |

Tab. 2: Einfluss der Altersstruktur auf die Übersterblichkeit.

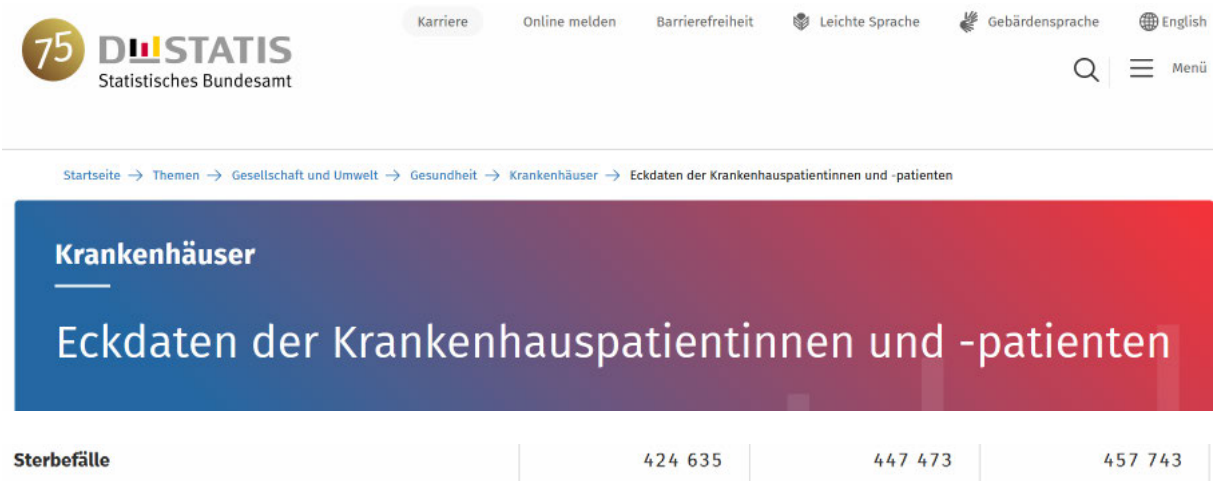
Quelle: Epoch Times vom 23.1.2024, https://www.epochtimes.de/gesellschaft/uebersterblichkeit-2023-das-sagen-die-amtlichen-daten-a4551828.html?src_src=nl-morning-subs&src_cmp=nl-morning_2024-01-24&est=9M1RvMqVeQVJRzd-mijpqD4QKFhgnC%2FROhRe8PmX9G6PzoC9hPOhbZw61lU596ClsYCWsGe-VWONp9TkI%2FCw%3D%3D.

Auf diesen Artikel wird an späterer Stelle noch zurückzukommen sein. Erschließen wir uns aber nun zunächst den Zugang zu den offiziellen Daten und Statistiken.

### b) Statistisches Bundesamt

Auf der Suche nach solchen Zahlenwerken werden wir fündig beim Statistischen Bundesamt (DeStatis). Dort suchen wir nach jenen Verstorbenen, die vor ihrem Tod in einem Krankenhaus behandelt wurden, und sehen die folgenden Zahlen:

- 2020 424.635 Sterbefälle
- 2021 447.473 Sterbefälle
- 2022 457.743 Sterbefälle



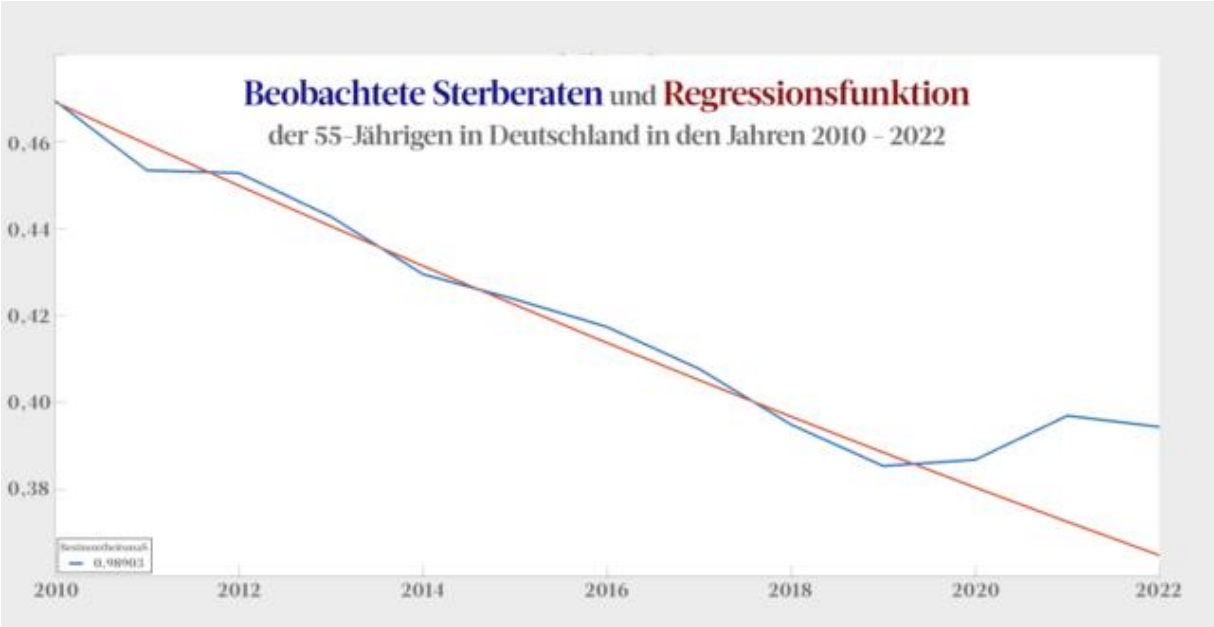

Quelle: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/entlassene-patienten-eckdaten.html

Wohlgemerkt: Das sind nicht *alle* Verstorbenen, sondern nur jene, bei denen eine ärztliche Behandlung in der Klinik den Tod nicht hat verhindern können. Und natürlich erinnern wir uns, dass diese Zahlen für sich allein nicht zwingend aussagekräftig sind, weil es noch einer Altersstandardisierung bedarf. Aber wir sehen ein erstes Indiz: Die *absoluten Sterbezahlen* sind im Jahr 2020 – das nach Auffassung von Bundesregierung und Landesregierungen harte Grundrechtseinschnitte erforderte – *geringer* als in den beiden Jahren danach, in denen immerhin schon jene Impfung zur Verfügung stand, die eigentlich schwere Verläufe und Tod verhindern und somit den Weg zurück in ein normales Leben ermöglichen sollte.

Kehren wir nun zurück zur Gesamtsterblichkeit und kommen wir auf die Analyse von Jürgen Kremer und Tim Sumpf im bereits zitierten Artikel in Epoch Times vom 23.1.2024 zurück. Beide haben die Rohdaten des Statistischen Bundesamtes untersucht und Folgendes beobachtet:

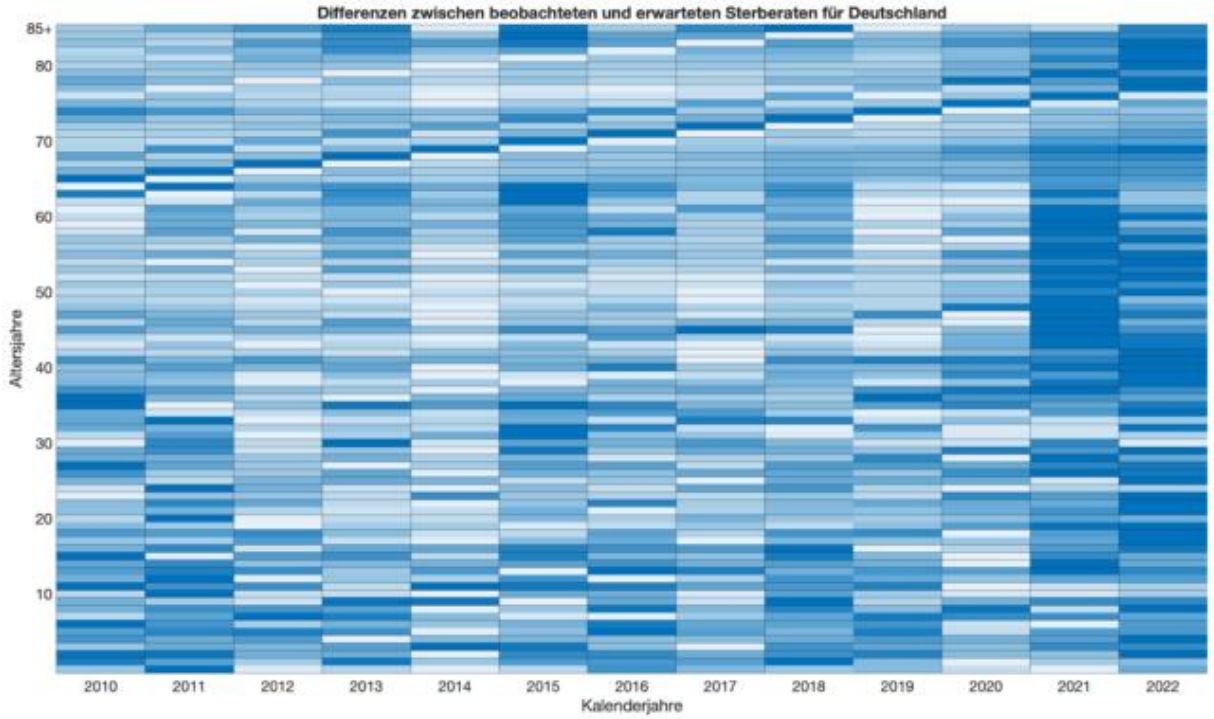
- Auch das Statistische Bundesamt errechnet die Sterberaten altersstandardisiert; es beobachtet nicht nur die Sterbefallzahlen, sondern ebenso die Bevölkerungsentwicklung. Alles andere wäre auch eine (unangenehme) Überraschung gewesen.
- Seit 2010 verzeichnet Deutschland einen im Wesentlichen kontinuierlichen Trend zu *weniger* Sterblichkeit.
- Für 2021 und 2022 wäre daher ein weiteres *Absinken* der Sterbefallzahlen zu erwarten gewesen. Dieses Absinken ist aber *ausgeblieben*.

Diese Auffälligkeit wird von den Autoren beispielhaft anhand der Altersgruppe der 55-jährigen illustriert (roter Graph = zu erwartende Entwicklung; blauer Graph = tatsächliche Entwicklung):



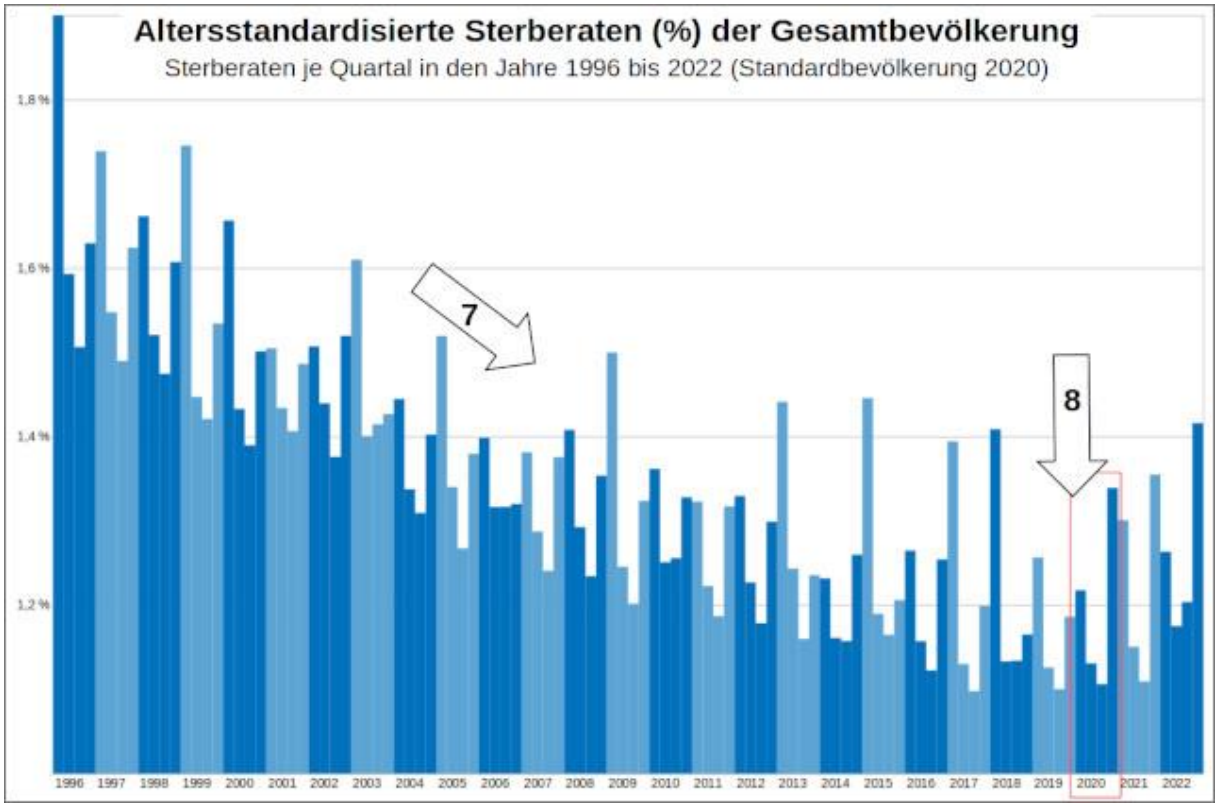

Die Autoren versuchen nun, die Abweichung der tatsächlichen von den (gemäß Trend) zu erwartenden Sterbefallzahlen festzustellen, indem sie grafisch anhand einer sog.

Heatmap darstellen, wie das Sterbegeschehen einzuordnen ist, wenn man die tatsächlichen Zahlen ins Verhältnis zu derjenigen Anzahl von Sterbefällen setzt, die eingetreten wäre, wenn der zuvor beobachtete Trend in 2021 und 2022 eine Fortsetzung gefunden hätte. Gemessen daran verzeichnen wir in 2021 und noch mehr in 2022 eine erhebliche Übersterblichkeit. Zum Verständnis der nachfolgenden Grafik: Je dunkler die Einfärbung, desto höher die tatsächliche Mortalität im Verhältnis zur erwarteten:



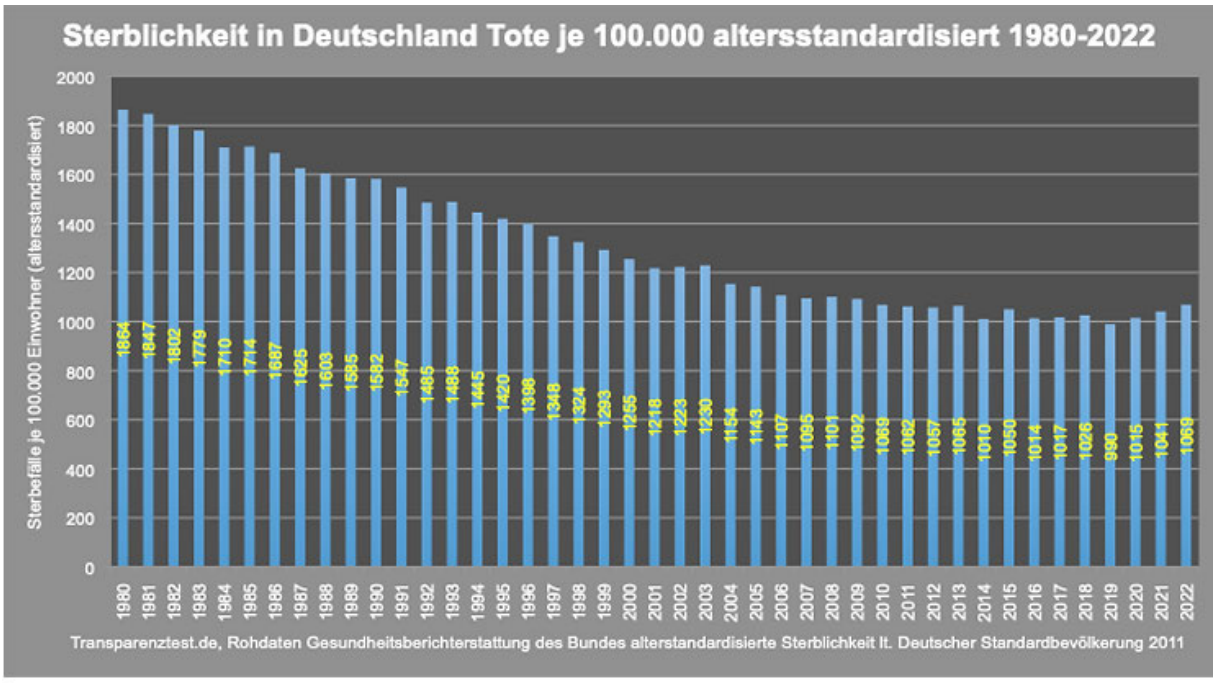

Die gleiche Beobachtung macht auch Marcel Barz in einem Artikel in multipolar vom 13.12.2023: Er zeigt anhand einer Grafik (darunter stehender Erläuterungstext im Original) auf, dass die Mortalität bis 2019/2020 einen Abwärtstrend aufweist und in 2021/2022 entgegen diesem Trend wieder zunimmt.

Quelle: multipolar vom 13.12.2023, https://multipolar-magazin.de/artikel/destatis-uebersterblichkeit.




***Grafik 5:*** *Darstellung der altersstandardisierten Sterberaten nach Quartalen von 1996 bis 2022. Das Jahr 2020 ist zur Orientierung rot umrandet. Alle Werte sind normiert auf ein Jahr und gerundet. Quelle: Rohdaten des Statistischen Bundesamtes. Die Berechnung der Altersstandardisierung sowie alle Werte finden sich hier (PDF)*

Der Medienkanal „Transparenztest“ bestätigt diese Beobachtung bei einem Blick auf die Rohdaten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Die Grafik zeigt, dass die Mortalität seit 1980 sinkt, aber 2021 und 2022 wieder ansteigt:




Transparenztest.de, Rohdaten GBE-Bund Sterblichkeit in Deutschland 1980-2022 altersstandardisiert nach Standardbevölkerung 2011, 17.11.23

Transparenztest fasst die Analyse dieser Grafik wie folgt zusammen (Hervorhebung im Original):

***„Die Entwicklung der Sterblichkeit 1980-2022 zeigt:***

- *Die Sterblichkeit fällt von 1980 bis 2021 fast durchgehend ab. Nur die Jahre 2014, 2016 und 2019 waren niedriger.*
- *Ab 2021 mit Impfstart steigt die Sterblichkeit wieder*
- *Fast alle Jahre liegen über den Werten von 2020 und 2021*
- *Von 43 Jahren kommt 2020 erst an 40. Stelle, 2021 an 37. Stelle, 2022 an 31. Stelle.*
- *2020 reiht sich nahtlos in die abflachende Gesamtentwicklung ein*
- *Seit 2021 mit Beginn des Impfstarts gibt es einen Anstieg gegenüber 2020.“*

Zum **Beweis** der Tatsache, dass die Entwicklung der Gesamtsterblichkeit in Deutschland in 2021 und noch mehr in 2022 von der erwarteten Entwicklung abweicht, **beantrage** ich gemäß § 173 Satz 1 VwGO i. V. m. § 404 Abs. 4 ZPO die Vernehmung von

- Prof. Dr. Jürgen Kremer, zu laden über: Hochschule Koblenz, Rhein-Ahr-Campus, Joseph-Rovan-Allee 2, 53424 Remagen (https://www.hs-koblenz.de/profile/kremer).
- Marcel Barz, ladungsfähige Anschrift wird nachgereicht.

Eines können wir aber schon jetzt beobachten: Der Trend beim Sterbegeschehen weist Parallelen zur hier dokumentierten Entwicklung des Erkrankungsgeschehens in den Jahren 2020 bis 2022 auf.

## c) Der Altersmedian der Verstorbenen mit und ohne Corona

Wenn mit dem Auftreten von COVID-19 eine Verschärfung des Sterbegeschehens einhergehen sollte, müsste sich dies nicht nur in einer Vermehrung der Sterbefallzahlen (im Vergleich zu der erwarteten Entwicklung) niederschlagen, sondern ebenso darin, dass die Menschen *früher* sterben als erwartet. Wenn das Virus so todbringend ist wie behauptet, muss dies bewirken, dass die Menschen nicht mehr so alt werden, wie sie würden, wenn es COVID-19 nicht gäbe.

Blicken wir aber nun auf die Daten, die beim RKI und beim Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung hinterlegt sind, zeigt sich das glatte Gegenteil. Schauen wir zunächst auf S. 19 des wöchentlichen Lageberichts des RKI vom 27.4.2023. Dort heißt es:

*„Unter allen übermittelten Todesfällen seit KW 10/2020 waren 147.040 (85 %) Personen 70 Jahre und älter, der Altersmedian lag bei 83 Jahren. Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtzahl der übermittelten COVID-19-Fälle 9 %. Der Altersmedian der übermittelten Todesfälle hat sich in den bisherigen COVID-19-Wellen wenig verändert.“*

Also: Der Altersmedian der COVID-19-Toten – nur um diese geht es an dieser Stelle des RKI-Wochenberichts – liegt bei 83 Jahren. Und das war im Prinzip die ganze Zeit schon so. Also seit 2020.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2023-04-27.pdf?__blob=publicationFile.

Der RKI-Wochenbericht vom 22.7.2021 vermag auf S. 14 sogar noch von einem Altersmedian vom 84 Jahren zu künden:

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-07-22.pdf?__blob=publicationFile.

Dann begeben wir uns auf die Internetseite des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung und sehen in einer Excel-Tabelle, dass 2020 und 2021 der Altersmedian der insgesamt Verstorbenen bei 82,3 Jahren liegt.

Quelle: https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/Daten/S30-Medianalter-Gestorbene-ab-1952_xls.xls, Tabelle 1.

Die Wochenberichte lassen sich beim RKI nur noch bis 22.7.2021 zurückverfolgen; frühere Berichte sind nicht mehr abrufbar. Seriöse Medien haben indes die hier beschriebene Diskrepanz frühzeitig aufgegriffen. So berichtete die Epoch Times am 27.1.2021, dass – auf der Grundlage des damaligen Datenstandes – der Altersmedian der Corona-Toten bei 84 Jahren, der insgesamt Verstorbenen bei 82 Jahren lag.

Quelle: Epoch Times vom 27.1.2021, https://www.epochtimes.de/gesellschaft/keine-uebersterblichkeit-festzustellen-lebenserwartung-von-corona-toten-2-jahre-hoeher-als-normal-a3432192.html?ea_src=article&ea_pos=col-middle&ea_elmt=related-articles&ea_cnt=2.

Diese Statistiken rechtfertigen jedenfalls *nicht* die Annahme, das Auftreten von COVID-19 habe sich generell lebenszeitverkürzend ausgewirkt. Die Annahme, die Menschen stürben seither im Durchschnitt eher als zuvor, konnte durch die vorstehenden Erkenntnisse nicht erhärtet, eher sogar widerlegt werden.

### d) Zur Infektionssterblichkeit bei COVID-19

Die Infektionssterblichkeit (*infection fatality rate – IFR*) liefert einen wichtigen Indikator für die Gefährlichkeit eines Krankheitserregers. Bei dieser Messgröße geht es darum, wie viele Menschen, die einmal mit einem Krankheitserreger infiziert sind, an diesem Erreger versterben. Das RKI schreibt hierzu in seinem SARS CoV-2-Steckbrief (Stand 26.11.2021, seither nicht mehr aktualisiert):

*„Näherungsweise Schätzung der Infektions-Sterbe-Rate: Multipliziert man die Zahl der gemeldeten Fälle (Stand 23.11.2021 ca. 5,4 Millionen) mit einem in Studien beobachteten Untererfassungsfaktor von 2-5 (141) (s. auch Abschnitt 20, Untererfassung), so ergibt sich eine Infektions-Sterbe-Rate von etwa 0,4-0,9% (99.433/10,8 Millionen bzw. 99.433/27 Millionen).“*

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html.

Der renommierte Epidemiologe John Ioannidis von der Stanford University hat zusammen mit seinem Team eine neue Studie vorgelegt, die zu dem Ergebnis kommt, dass das Virus schon im Jahr 2020, bevor irgendwelche Impfstoffe verfügbar waren, noch deutlich weniger gefährlich war als bisher angenommen.

Quelle: Pezzullo/Ioannidis et al., Age-stratified infection fatality rate of COVID-19 in the non-elderly population, https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.114655.

Die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie seien hier in deutscher Übersetzung vorgestellt. Eventuelle Hervorhebungen befinden sich nicht im Original.

Bereits im Abstract der Studie heißt es wie folgt:

*„Die größte Belastung durch COVID-19 tragen ältere Menschen, und Personen, die in Pflegeheimen leben, sind besonders gefährdet."*

Weiter heißt es in der Studie:

*„Allerdings sind 94 % der Weltbevölkerung jünger als 70 Jahre und 86 % jünger als 60 Jahre. Ziel dieser Studie war es, die Infektionssterblichkeitsrate (IFR) von COVID-19 bei nicht älteren Menschen ohne Impfung oder vorherige Infektion genau zu schätzen. In systematischen Recherchen in SeroTracker und PubMed (Protokoll: https://osf.io/xvupr) identifizierten wir 40 in Frage kommende nationale Seroprävalenzstudien aus 38 Ländern mit Daten zur Seroprävalenz vor der Impfung."*

Die Erhebung der IFR erfolgte also vor Beginn der Impfkampagnen. Die Autoren der Studie haben darauf geachtet, dass die Studienergebnisse nicht durch den Einfluss der Impfkampagnen verzerrt werden; es ging in der Studie mithin darum, die Abwehrfähigkeit allein des natürlichen menschlichen Immunsystems gegen den Erreger auszumessen.

Weiter heißt es in der Studie:

*„Für 29 Länder (24 Länder mit hohem Einkommen, 5 andere) waren öffentlich verfügbare altersgeschichtete COVID-19-Todesdaten und altersgeschichtete Seroprävalenz-informationen verfügbar und wurden in die primäre Analyse einbezogen. Die IFR hatten einen Median von 0,034 % (Interquartilsbereich (IQR) 0,013-0,056 %) für die 0-59-jährige Bevölkerung und 0,095% (IQR 0,036-0,119%) für die 0-69-jährige Bevölkerung.* ***Der Median der IFR betrug 0,0003 % bei 0-19 Jahren, 0,002 % bei 20-29 Jahren, 0,011 % bei 30-39 Jahren, 0,035 % bei 40-49 Jahren, 0,123 % bei 50-59 Jahren und 0,506 % im Alter von 60-69 Jahren.*** *Die IFR steigt etwa alle 10 Jahre um das Vierfache.* ***Einschließlich der Daten aus weiteren 9 Ländern mit unterstellter Altersverteilung der COVID-19-Todesfälle ergab eine mediane IFR von 0,025-0,032 % für 0-59 Jahre und 0,063-0,082 % für 0-69 Jahre.*** *Meta-Regressionsanalysen ergaben auch eine globale IFR von 0,03 % bzw. 0,07 % in diesen Altersgruppen.*

***Die aktuelle Analyse deutet darauf hin, dass die IFR vor der Impfung in nicht-älteren Bevölkerungsgruppen viel niedriger ist als bisher angenommen.“***

Also war die Infektionssterblichkeit noch deutlich geringer als zunächst befürchtet. John Ioannidis hatte schon zuvor mehrere Meta-Studien veröffentlicht, in denen zwar noch etwas höhere Sterberaten errechnet wurden, die aber auch Beruhigung stiften konnten: Auch nach diesen Studien war die Infektionssterblichkeit niemals höher als bei einer allenfalls mittleren Grippewelle. So errechnete John Ioannidis Anfang 2021 eine IFR von insgesamt (altersübergreifend) 0,15%.

Quelle: John P. A. Ioannidis, Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations, https://doi.org/10.1111/eci.13554. Analyse hierzu bei tkp.at vom 29.3.2021, https://tkp.at/2021/03/29/neue-ioannidis-studie-infektionssterblichkeit-weltweit-etwa-015-prozent/.

Die Methode, die John Ioannidis bemühte, leuchtet unmittelbar ein: Er hat nicht gefragt, wie viele Patienten positiv auf SARS CoV-2 getestet worden waren, sondern stattdessen untersucht, bei wie vielen Patienten im Blutserum Antikörper gegen SARS CoV-2 gefunden worden waren (sog. Seroprävalenz) – bzw. genauer (da es sich um eine Meta-Studie handelt): Er hat ausschließlich Studien in seine Analysen einbezogen, deren Studiendesign auf dieser Faktenbasis beruhte.

Es fällt auf, dass der SARS CoV-2-Steckbrief des RKI diese Studie nicht erwähnt – obwohl sie mehrere Monate vor der letzten Aktualisierung dieses Steckbriefs am 26.11.2021 veröffentlicht worden war. Passten die Forschungsergebnisse von John Ioannidis nicht ins Narrativ?

## e) Vorschnelle Beatmung von COVID-19-Patienten – ein fataler Fehler

Bereits zu Beginn der Corona-Krise war die Befürchtung laut geworden, es könne in den Krankenhäusern zu einer Triage kommen, weil nicht genügend Beatmungsplätze zur Verfügung stünden. Ein Autoren-Team um den damaligen RKI-Chef Lothar Wieler äußerte im Epidemiologischen Bulletin 14/2020, S. 3-9 die folgende Prognose (ebenda S. 8):

*„Die bisherigen Ergebnisse weisen auf einen deutlich höheren Anteil beatmungspflichtiger COVID-19-Patienten hin, die im Vergleich zu saisonalen Grippewellen eher jünger sein können, sehr viel länger beatmet werden müssen und nicht unbedingt an Grunderkrankungen leiden.“*

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/14_20.pdf?__blob=publicationFile.

Dabei ist gerade die invasive Beatmung ihrerseits mit beträchtlichen Risiken behaftet. Das RKI veröffentlichte zu den Konsequenzen invasiver Beatmung bereits 2013 folgenden Beitrag: *"Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie*

*Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut".*

Es geht hier also um die in den Krankenhäusern erworbene Lungenentzündung durch Beatmung. Wohlgemerkt nicht COVID-19, sondern allein die künstliche Beatmung verursacht die Lungenentzündung! Es wird betont, dass die generellen nosokomialen Pneumonien hier NICHT mitberücksichtigt sind, sprich: Kommt man ins Krankenhaus, bekommt man aus unterschiedlichen Gründen öfters eine Lungenentzündung. Da spielt COVID-19 *keinerlei Rolle*. Das RKI schreibt (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Eine Pneumonie ist als beatmungsassoziiert zu bezeichnen, wenn der Patient mindestens 48 Stunden beatmet war. Gemäß den Referenzdaten für Intensivstationen aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) für die Jahre 2008 bis 2012 treten beatmungsassoziierte Pneumonien im Mittelwert bei 4,25 Fällen bezogen auf 1000 invasive Beatmungstage und bei 1,24 Fällen bezogen auf 1000 nicht-invasive Beatmungstage auf. Dies trägt zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes um etwa 6 bis 9 Tage bei. Gleichzeitig ist die* ***beatmungsassoziierte Pneumonie die häufigste tödlich verlaufende Krankenhausinfektion.*** *Die* ***Inzidenz ist von der Beatmungsdauer abhängig und in den ersten 5 Beatmungstagen mit 3% pro Tag am höchsten****, bis Tag 10 liegt sie bei 2% pro Tag und im weiteren Verlauf bei 1% pro Tag.* ***Die Sterblichkeit liegt in aktuellen Studien bei 13%"***

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Pneumo_Rili.pdf?__blob=publicationFile.

Wir schauen zusätzlich auf einige Zahlen zu den nosokomial erworbenen Pneumonien generell (Hervorhebungen nicht im Original; die Abkürzung „HAP" steht für *Hospital Acquired Pneumonia*):

*„Nach den Daten des deutschen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems KISS beträgt die Inzidenz der* ***HAP bei invasiv Beatmeten*** *5,4/1 000 Beatmungstage; dies entspricht etwa* ***15 500 Fällen pro Jahr auf deutschen Intensivstationen****. Unter Berücksichtigung nosokomialer Pneumonien* ***bei nichtinvasiv beatmeten Patienten*** *und Patienten außerhalb von Intensivstationen ergeben sich insgesamt etwa* ***40 000 Erkrankungen pro Jahr****.* ***Die Letalität auf Intensivstationen beträgt je nach Beatmungsstatus etwa 10–20 %,*** *wobei der Anteil der Infektion an der Gesamtsterblichkeit umstritten ist; dennoch besteht kein Zweifel daran, dass die Erfolge der Intensivmedizin durch diese Komplikation erheblich beeinträchtigt werden."*

Quelle: https://www.aerzteblatt.de/archiv/146131/Erwachsene-Patienten-mit-nosokomialer-Pneumonie.

Also halten wir fest: Wer zu schnell zur invasiven Beatmung greift, riskiert das Leben seiner Patienten.

Thomas Voshaar, Chefarzt in Moers und Gründer der Arbeitsgruppe Aerosolmedizin der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, warnte in der FAZ vom 7.4.2020: „Es wird zu häufig intubiert und invasiv beatmet".

Quelle: https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/beatmung-beim-coronavirus-lungenfacharzt-im-gespraech-16714565.html, Bezahlschranke.

Thomas Voshaar wiederholte seine Kritik mehrfach, z. B. in der WELT vom 5.5.2023. Das Interview ist so lehrreich, dass es angezeigt erscheint, es hier im vollen Wortlaut wiederzugeben. Zunächst der Einleitungstext der Interviewerin:

*„In Deutschland lag die Sterblichkeit auf Intensivstationen bis zu dreimal höher als in anderen EU-Ländern. Schuld sei der exzessive Gebrauch von Lungenmaschinen und die frühe künstliche Beatmung, so Experten in einer aktuellen Publikation. Lungenarzt Thomas Voshaar, der daran mitgewirkt hat, über die Hintergründe.“*

Und nun das Interview selbst (Hyperlinks wurden entfernt):

*„**WELT:** In der Pandemie galt die Lungenmaschine als letzte Rettung. Jetzt stellt sich heraus, dass sie das Gegenteil gewesen sein könnte, der letzte Todesstoß in vielen Fällen. Kann man das so sagen?*

***Thomas Voshaar:** Das ist schon sehr drastisch ausgedrückt, aber, ja. In Deutschland hat die invasive Beatmung zu unnötigen Todesfällen geführt. Andere Länder zweifelten schon Ende März, Anfang April 2020 am Sinn der invasiven Beatmung. In Deutschland stieg man zur selben Zeit in die strategische Maschinen-Beatmung erst richtig ein. Der Grund war vor allem eine Empfehlung der WHO, Erkrankte möglichst früh zu intubieren. So stand das dann auch in offiziellen Leitlinien …*

***WELT:** … die dazu anhielten, schwerst betroffene Covid-Patienten in Narkose zu legen und über einen Luftröhrenschlauch zu beatmen.*

***Voshaar:** Oder an die ECMO, die künstliche Lunge, anzuschließen. Andere Länder haben das nicht getan, die meisten hatten auch nicht die Geräte dafür, wie etwa die Briten.*

***WELT:** Genauer gesagt stehen da sechs ECMO-Krankenhäuser in Großbritannien gegen 184 in Deutschland.*

***Voshaar:** Ja, wir konnten aus dem Vollen schöpfen. Andere Länder hätten das vielleicht auch gerne getan, konnten es aber nicht. Aber dann sahen sie etwas Überraschendes: Dass Covid-Patienten auf Normalstationen häufiger überlebten. Das führte zu einer völlig neuen Strategie.*

***WELT:** In Großbritannien, nicht in Deutschland.*

***Voshaar:** So ist es. Nach einem Vortrag in einer deutschen Großstadt stand eine Oberärztin auf und sagte: ‚Herr Voshaar, jetzt erzähle ich Ihnen einmal, wie das bei uns ablief. Unsere Intubationskapazitäten waren voll, und wir entschieden in unserer Ärzterunde: Den 80-Jährigen legen wir nicht an die Maschine. Die kriegt der 54-Jährige, der hat die besseren Chancen.‘*

***WELT:** Das nennt man Triage.*

***Voshaar:*** *Aber dann beschrieb die Oberärztin, was danach geschah, wie sich morgens in den Frühbesprechungen regelmäßig herausstellte, dass alte Hochrisikopatienten, die nur etwas Sauerstoff bekommen hatten, am Morgen immer noch lebten. Das sah bei den Intensivpatienten anders aus. Da hatte die volle Macht der Gerätemedizin am selben Morgen regelmäßig einen Toten hinterlassen.*

***WELT:*** *Nach einer deutschen Studie vom Juli 2021 haben 73 Prozent der Covid-Patienten die künstliche Lunge nicht überlebt. In englischen oder französischen Krankenhäusern dagegen lag die Sterblichkeit nur bei durchschnittlich 37 Prozent. Warum hat Deutschland nicht reagiert?*

***Voshaar:*** *Weil es die S3-Leitlinie zur „stationären Therapie von Patienten mit Covid-19“ gab. Sie wurde zwar bis heute mehrfach überarbeitet, aber noch im Dezember 2020 hielt sie fest, dass die „invasive Beatmung ein wichtiges Element“ in der Behandlung von schwerkranken Covid-Patienten sei. Das brachte die Krankenhäuser in einen Entscheidungsnotstand: Widersetzen wir uns der Leitlinie? Halten wir uns nicht lieber an unsere Erfahrungen und ersparen jüngeren Menschen die Lungenmaschine? Da war Mut und Rückgrat gefragt. Es ist keine Kleinigkeit, sich gegen die Leitlinie und gegen die Autoritäten der Intensivmedizin zu stellen. Viele schwenkten da lieber auf die offizielle Linie ein.*

***WELT:*** *Die Verfasser dieser Leitlinie, darunter auch der Leiter des Divi-Intensivregisters, Christian Karagiannidis, erkennen die Beatmungs-Sterblichkeit inzwischen an. Sie erklären sie so: Viele Krankenhäuser hätten ECMO gehabt, aber nicht die Kompetenz dafür.*

***Voshaar:*** *Eine starke Behauptung. Aber sie löst nicht das Problem, dass in Deutschland zu häufig künstlich beatmet wird. Fakt ist: Bei der ECMO handelt es sich um ein Gerät, das die Funktion der Lunge vorübergehend übernimmt. Danach sollte sich die Lunge von allein erholen. Oder es sollte ein Transplantat in Aussicht stehen oder ein Medikament, das Heilung verspricht. Bei jedem einzelnen Patienten muss die Frage lauten: Ist damit etwas gewonnen, trotz der schweren ECMO-Nebenwirkungen? Oder macht man die Therapie, nur um etwas getan zu haben?*

***WELT:*** *In der Pandemie standen die Ärzte am Patientenbett und jeder hatte eine andere Meinung. Stimmt der Eindruck?*

***Voshaar:*** *Das Verrückte war, dass bei Covid-19 von vornherein die Entscheidung zur Beatmung feststand. Das kam plötzlich so auf. Erst die WHO, kurz danach berühmte Anästhesisten und die großen Wissenschaftsidole der Beatmung sagten zu Anfang, schaut euch die Röntgenbilder an, da handelt es sich um akutes Lungenversagen, die müssen künstlich beatmet werden. Wissenschaftliche Belege dafür gab es dafür nicht.*

***WELT:*** *Sie haben zusammen mit anderen Lungenärzten jetzt eine wissenschaftliche Arbeit veröffentlicht, in der sie die Zahl der unnötigen Beatmungen und auch Todesfälle schätzen. Sie gehen von bis zu 20.000 Beatmungsopfern in Deutschland während der Pandemie aus, die nicht hätten sterben müssen. Wie sicher ist diese Zahl?*

***Voshaar:*** *Wenn es auf deutschen Intensivstationen eine Sterblichkeit von durchschnittlich 50 Prozent gab, die Sterblichkeit bei nichtinvasiver Behandlung aber bei 10 Prozent lag, dann kommt man auf rund 20.000. Das ist sehr grob gerechnet und vermutlich zu niedrig. Das sind nur Zahlen, und Zahlen sind keine Schicksale, sie sind leblos. Ich werde nie die Videos von Kollegen aus den USA vergessen, die wir hier in Deutschland nachts auf Youtube sahen.*

*Zum Beispiel den Arzt in New York, der eine 72-Jährige filmt, die er intubieren soll. Die Frau ruft ihren Mann an und sagt, die Ärzte wollen mich intubieren, ich kann gleich nicht mehr mit dir reden, weil ich in Narkose gelegt werde. Soll ich das machen? Und der Mann sagt, ja, mach das, was die Ärzte raten. Dann wirst du wieder gesund. Und am nächsten Morgen war die Frau tot. Der Arzt hat geweint und wir saßen in Deutschland vor dem Monitor und haben mitgeheult. Diese Videos sind inzwischen zum Teil gelöscht. New York hatte zu der Zeit eine Sterblichkeit von 80 Prozent. Da muss man doch als Facharzt von sich aus fragen: Ist das wirklich richtig, was wir hier tun? Dann hatten andere Länder bessere Ergebnisse. Und dann kamen schnell andernorts die ersten Zweifel auf.*

***WELT:*** *Künstliche Beatmung wird in Deutschland sehr gut bezahlt. Die deutschen Kliniken sind unter Druck. Spielte Geld eine Rolle?*

***Voshaar:*** *Finanzielle Fehlanreize spielen natürlich eine Rolle. Es gibt für invasive Beatmung richtig viel Geld. Die stationären Behandlungskosten liegen durchschnittlich bei 5000 Euro, maschinelle Intensivbeatmung kann dagegen mit 38.500 Euro abgerechnet werden, im Einzelfall sogar mit 70.000 Euro. Das ist etwa sieben- bis zehnmal mehr, als die schonende Behandlung mit Sauerstoff über die Maske. Doch auch Gewohnheit spielt eine Rolle, sie verleiht ein trügerisches Sicherheitsgefühl. Auf Intensivstationen ist um 17 Uhr Visite. Da weiß niemand, ob der Patient die Nacht übersteht. „Tu den Tubus rein, dann kann nichts passieren", heißt es dann. Ein Trugschluss, wie wir jetzt wissen. Viele Studien zeigen sehr klar, dass die Intubation die Todesrate um das 5- bis 6-fache erhöht, bei gleichem Schweregrad. Die Pandemie hat das noch einmal bestätigt."*

Quelle: WELT vom 5.5.2023, https://www.welt.de/politik/deutschland/plus245150826/Corona-Aufarbeitung-In-Deutschland-wird-zu-haeufig-kuenstlich-beatmet.html.

Wir fassen zusammen: Die verfrühte invasive Beatmung hat bei noch vorsichtig optimistischer Schätzung 20.000 Tote gefordert – die natürlich als Corona-Tote in die Statistiken eingingen, obwohl sie in Wirklichkeit einem Behandlungsfehler zum Opfer fielen. Und es hat ökonomische Fehlanreize gegeben, die befürchten lassen, dass die Entscheidung für eine invasive Beatmung möglicherweise nicht einer medizinischen, sondern einer ökonomischen Logik folgte und damit durch sachfremde Erwägungen motiviert war.

Diese finanziellen Fehlanreize verdienen eine nähere Betrachtung. Die WELT berichte am 27.6.2021, dass die DAK auffällige Zahlen ermittelt hatte: Von 5.751 DAK-

versicherten Patienten, die nach damaligem Datenstand wegen COVID-19 auf Intensivstationen behandelt worden waren, waren 81% beatmet worden (wobei offenbar nicht zwischen invasiv und nicht-invasiv differenziert wird). Die WELT zitiert den von der DAK seinerzeit beauftragten Experten Matthias Thöns:

*„Der sehr hohe Anteil an Beatmung lässt sich nicht allein mit medizinischer Notwendigkeit erklären".*

Die WELT illustriert auch, welche Summen mit der Beatmung von Patienten in Kliniken verdient werden:

*„Die Versorgung Covid-Kranker mit Sauerstoff ist zum einen kostspielig. Während die stationären Behandlungskosten durchschnittlich bei 5000 Euro liegen, können Fälle von Intensivbeatmung mit 38.500 Euro abgerechnet werden, im Einzelfall sogar mit 70.000 Euro."*

Die WELT hatte das Thema der Fehlanreize zudem bereits in einem Beitrag in der sehr frühen Corona.-Zeit aufgegriffen, nämlich am 20.4.2020. In diesem Beitrag stellt sie zunächst ihren Interviewpartner vor:

*„Jürgen Wasem ist einer der bekanntesten Gesundheitsökonomen Deutschlands. Er leitet den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen und ist Vorsitzender der Schlichtungsstelle zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen".*

In dem Interview selbst heißt es:

***„WELT:** Deutsche Kliniken haben in den vergangenen Jahren ihre Intensivkapazitäten und Beatmungsbetten stark ausgebaut. Ist diese Entwicklung darauf zurückzuführen, dass diese sehr hoch vergütet werden?*

***Wasem:** Ja. Mit künstlicher Beatmung wird richtig viel Geld gemacht. Das ist ein Fehlanreiz des Fallpauschalensystems. Viele Kliniken reizen die Beatmungsmöglichkeiten aus. Aber man kann man da nicht schwarz-weiß denken. Wir stehen in der Corona-Krise relativ gut da, weil wir diese Fehlanreize zugelassen und heute viele Beatmungsbetten haben. Das ist pervers, aber das ist so.*

***WELT:** Was meinen Sie mit dem Ausreizen von Beatmungsmöglichkeiten?*

***Wasem:** Kliniken versuchen, Patienten möglichst lange zu beatmen. Im Moment ist das nach Stunden gestuft. So steigt die Vergütung deutlich an, wenn die Beatmung mindestens 95 Stunden beträgt. Sie finden daher wenige Patienten, die 94 Stunden beatmet werden. Die Krankenhäuser denken ökonomisch und haben daher in den vergangenen Jahren verstärkt auf Intensivbetten gesetzt.*

***WELT:** Wie kann denn sichergestellt werden, dass der Patient nur so lange beatmet wird, wie er es tatsächlich braucht?*

***Wasem:*** *Der finanzielle Anreiz für Beatmungen muss geschwächt werden. Allerdings ist dies besonders schwierig, wenn der Nutzen von Beatmungstherapien medizinisch umstritten ist. Da muss es erst mal einen Konsens in der Wissenschaft geben, wann diese bei Covid-19-Patienten tatsächlich notwendig sind. Außerdem muss man aufpassen, nicht über das Ziel hinauszuschießen."*

Quelle: https://www.welt.de/politik/deutschland/article207311157/Corona-Mit-kuenstlicher-Beatmung-wird-richtig-viel-Geld-gemacht.html

Ein Artikel im RND vom 30.07.2022 greift das Thema Beatmung und die zweifelhaften Behandlungen gerade der älteren Patienten ebenfalls auf. Auszugsweise ist dort zu lesen (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Die Covid-19-Pandemie brachte viele verstörende Aspekte mit sich. Einer der schlimmsten: Menschen, die im Krankenhaus starben, isoliert von Familie, Freunden oder Seelsorgern – umgeben nur von medizinischem Personal in Schutzkleidung mit Masken. Ein Albtraumszenario."*

*„Hier hätte man die Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen stärker berücksichtigen müssen", sagt der Medizinethiker Georg Marckmann von der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). „Viele Menschen sind einsam gestorben." Drastischer formuliert es der Gießener Psychologe und Versorgungsforscher Wolfgang George: „Es hat brutales Elend gegeben."*

*Der Tod und das Sterben, so die Kommission, hätten sich aus einem familiären, gemeinschaftlichen Umfeld in die Zuständigkeit der Gesundheitssysteme verlagert. Der Preis dafür: ‚Nutzlose oder potenziell unangemessene Behandlung kann bis in die letzten Stunden des Lebens weiterlaufen.' Eingriffe am Lebensende seien oft exzessiv, schlössen Familien und Freunde aus, erhöhten Leid und verbrauchten Ressourcen, die man anderweitig nutzen könnte…. ‚Wir haben als Gesellschaft den Umgang mit dem Sterben verlernt, auch durch die Möglichkeiten der modernen Medizin, die in vielen Fällen ein Segen ist', sagt Melching. Natürlich sei es wichtig, Menschen am Lebensende medizinisch zu helfen – etwa durch Schmerzlinderung. „Aber Krankenhäuser sind nur wenig dafür qualifiziert, Menschen beim Sterben zu begleiten. Es gibt* ***viele zweifelhafte Therapien am Lebensende****."*

*„Was Sterben im Krankenhaus bedeuten kann, zeigte 2019 eine Studie im „Deutschen Ärzteblatt". Demnach landen hierzulande immer mehr Menschen am Lebensende auf der Intensivstation.* ***Von 2007 bis 2015 stieg unter den Todesfällen im Krankenhaus der Anteil jener Patienten, die eine Intensivtherapie erhielten: von knapp 21 auf knapp 26 Prozent. Deutlich überproportional in dieser Gruppe vertreten waren Menschen ab 85 Jahre*** *– eine Altersgruppe, bei der sich der Einsatz von Hightech nicht immer medizinisch begründen lässt."*

*„Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, wie die wachsende Inanspruchnahme einer Intensivtherapie am Lebensende zu erklären ist', schreibt die Gruppe um Carolin Fleischmann-Struzek vom Uniklinikum Jena. Als eine* ***Antwort nennt sie***

***wirtschaftliche Faktoren**: Demnach **steigen die Gewinne mit der Anzahl der Tage, an denen mechanische Beatmung eingesetzt** wird: ‚Dieser wirtschaftliche Anreiz könnte auch erklären, **warum die Zahl und Belegungsraten von Intensivbetten in Krankenhäusern aller Größen stetig ansteigen,** obwohl die Zahl der Krankenhausbetten insgesamt zurückgeht.'"*

Quelle: https://www.rnd.de/wissen/ueberversorgung-von-sterbenden-wird-der-tod-oekonomisiert-7DQ6V5EWKJBPZHEEKH6XVFH3AU.html

Auch im Pflegebereich sieht diese Thematik nicht anders aus, zeigt ein Artikel im Ärzteblatt vom 11. März 2019 mit dem Titel „Entwöhnung von künstlicher Beatmung oft vernachlässigt". Wir zitieren:

*„Die Fachgesellschaft vermutet, dass für Pflegeeinrichtungen ein falscher finanzieller Anreiz gesetzt wird. „Wenn eine Pflegeeinrichtung viel Geld für eine Beatmung bekommt, könnte sie weniger geneigt sein, zu überprüfen, ob der Patient für einen weiteren Entwöhnungsversuch bereit ist", sagte Schönhofer, der die Klinik für Pneumologie, Intensiv- und Schlafmedizin am Klinikum Siloah in Hannover leitet."*

Quelle: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101553/Entwoehnung-von-kuenstlicher-Beatmung-oft-vernachlaessigt.

Die soeben wiedergegebenen Medienberichte bieten genügend Anlass, auf die einschlägige Rechtslage zu blicken. In § 21 Abs. 5 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG – Krankenhausfinanzierungsgesetz) heißt es:

*„(5) Zugelassene Krankenhäuser, die mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde **zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit durch Aufstellung von Betten** schaffen oder durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen vorhalten, **erhalten für jedes bis zum 30. September 2020 aufgestellte oder vorgehaltene Bett einmalig einen Betrag von 50 000 Euro** aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds…."*

Das Problem blieb auch den Organen der berufsständischen Selbstverwaltung nicht verborgen. Die Bundesärztekammer veröffentlichte am 21.10.2022 den Artikel „Finanzielle Fehlanreize im Gesundheitssystem gefährden Patientenwohl". Wir zitieren hieraus (Hervorhebungen nicht im Original):

„Unser Gesundheitswesen gerät immer mehr in eine Schieflage. Ein wesentlicher Grund dafür ist die **Kommerzialisierung der Medizin**, die von der Politik seit Jahrzehnten vorangetrieben wird. Wenn aber **betriebswirtschaftliche Ziele in den Mittelpunkt rücken**, **steht die ärztliche Unabhängigkeit auf dem Spiel – und mit ihr die Sicherheit und das Wohl der Patientinnen und Patienten**", betont **Bundesärztekammer-Präsident** Dr. Klaus Reinhardt anlässlich der Vorstellung der „Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit" der Bundesärztekammer (BÄK)."

Und weiter: „Kritisch sieht die Bundesärztekammer beispielsweise **diagnosebezogene Fallpauschalen (G-DRG-System) zur Krankenhausfinanzierung. Das System setze Anreize zur Fallzahlensteigerung, werte die Indikationsqualität ab und belohne Aktionismus**. Dabei gehe aus Sicht der BÄK auch das Bewusstsein dafür verloren, dass gutes ärztliches Handeln auch im Unterlassen bestehen kann."

Quelle: https://www.bundesaerztekammer.de/presse/informationsdienste/informationsdienst-baekground/detail/finanzielle-fehlanreize-im-gesundheitssystem-gefaehrden-patientenwohl

Im dort verlinkten Thesenpapier ist sodann zu lesen (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Das Konfliktfeld zwischen der Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kennziffern und der Orientierung am Patientenwohl zeigt sich auch in den sogenannten **Zielvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und leitenden Ärzten, in denen Bonuszahlungen für das Erreichen bestimmter Zielgrößen wiederkehrend vertraglich geregelt** werden. Bonusregelungen können einen positiven Einfluss auf die Versorgung in den Einrichtungen nehmen, etwa wenn sie die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Arbeitsabläufe zum Inhalt haben. Problematisch wird es aber, wenn **Zielvereinbarungen Fehlanreize für eine Leistungssteigerung und Gewinnmaximierung** setzen, und dadurch das **Patientenwohl gefährdet** wird."*

Quelle: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Thesen_zur_OEkonomisierung_der_aerztlichen_Berufstaetigkeit_DAEBL._Stand_19.08.2022.pdf

Fazit: Wir müssen ernsthaft befürchten, dass Patienten als COVID-19-Tote in die Sterbestatistiken eingegangen sind, die in Wirklichkeit noch leben könnten, wenn sie nicht – womöglich aus monetären und damit sachfremden Motiven – fehlerhaft behandelt worden wären. Gewiss: Es gibt Situationen, in denen an der invasiven Beatmung kein Weg vorbeiführt, weil der Patient andernfalls keine Überlebenschance hat. Angesichts der mit den Händen zu greifenden Risiken muss die invasive Beatmung aber die *ultima ratio* bleiben. Es ist angesichts der vorstehend wiedergegebenen Fehlanreize nicht gewährleistet, dass dies in deutschen Kliniken durchgängig beachtet wurde.

# 7. Welche Rolle spielten die Corona-Maßnahmen?

Wenn wir also feststellen, dass es während der gesamten Corona-Zeit, insbesondere 2020 und 2021 kein Infektions-, Erkrankungs- oder Sterbegeschehen gab, stellt sich die Frage, ob das nicht seinerseits das Verdienst der Corona-Maßnahmen gewesen ist.

## a) Die Stoppt-COVID-Studie des RKI

Dafür scheint zunächst die Stoppt-COVID-Studie des RKI zu sprechen. Das RKI bescheinigt darin den Maßnahmen, sie hätten gewirkt, noch bevor die jeweils

einschlägigen Rechtsvorschriften in Kraft getreten seien („NPI“ steht im Folgenden für *non-pharmaceutical interventions*, also nicht-pharmazeutische Maßnahmen). Auf S. 5 der Studie heißt es dazu:

*„Der Effekt der NPI zeigte sich dabei bereits kurz vor dem Inkrafttreten der jeweiligen Verordnungen. Die naheliegendste Erklärung dafür ist, dass Verhaltensanpassungen in der Bevölkerung bereits vor dem Inkrafttreten der Einschränkungen erfolgten.“*

Zentrale Messgröße, anhand derer die Wirkung der Maßnahmen beurteilt wird, ist der sogenannte R-Wert – der in der Stoppt-COVID-Studie wie folgt beschrieben wird (S. 10):

*„Aufgrund der effektiven Mensch-zu-Mensch-Übertragung des SARS-CoV-2 Virus, vor allem als Tröpfcheninfektion und über Aerosole, spielt die durchschnittliche Zahl von Folgeinfektionen, die sogenannte Reproduktionszahl (R-Wert) eine zentrale Rolle. Ist der R-Wert größer als eins, so führt das zu einem exponentiellen Anstieg der Fallzahlen. Beispielsweise führt ein R-Wert von 2 jeweils zur Verdopplung der Anzahl von neuen COVID-19 Fällen in einer Generationszeit, also der durchschnittlichen Zeit zwischen der Infektion eines Falls und der Infektion der von ihm ausgehenden Folgefälle. Bei einer Generationszeit von 4 Tagen verdoppelt sich die 7-Tage-Inzidenz demnach jeweils innerhalb von 4 Tagen. Ist dagegen der R-Wert kleiner als eins, sinken die Fallzahlen und die Zahl der neuen Fälle halbiert sich innerhalb gewisser Zeiträume.“*

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/StopptCOVID-Bericht.pdf?__blob=publicationFile.

Bereits dieser Befund lässt aufhorchen: Sind wir in Deutschland so süchtig nach Verboten, dass wir deren Befolgung gar nicht mehr erwarten können? Und haben die Autoren (wenn ja, mit welcher Methode) dieser Studie eine andere mögliche Reaktion auf herannahende Verbote ausschließen können – die Reaktion nämlich, dass die Menschen ihre Freiräume noch einmal richtig ausnutzten, bevor diese wieder beschnitten wurden?

In der Tat leidet die Stoppt-COVID-Studie an methodischen Mängeln, die so offensichtlich und so primitiv sind, dass man sie nicht einmal einem Studenten in einem einschlägigen Studiengang durchgehen lassen würde. Ein fünfköpfiges Autoren-Team hat in Telepolis vom 5.8.2023 diese Mängel in instruktiver Weise erhellt.

Quelle: Telepolis vom 5.8.2023, https://www.telepolis.de/features/Was-die-StopptCOVID-Studie-des-RKI-aussagt-und-was-nicht-9234901.html?seite=all, Anlage 6.

Die Autoren weisen zunächst auf die Ungereimtheiten in den Ergebnissen hin:

*„Die Änderung des R-Wertes tritt bereits vor der Implementierung einer Maßnahme auf, was durch das RKI mit einer vorzeitigen Verhaltensanpassung der Bevölkerung an die jeweilige Verordnung begründet wird. Die eigentlich interessierende Wirkung der Maßnahmen auf die spätere Veränderung der Infektionszahlen kann hingegen nicht belegt werden.*

*Auch gibt es erklärungsbedürftige Teilergebnisse: So führt etwa der Einsatz von Masken im öffentlichen Nahverkehr und in Verkaufsräumen in mehreren Altersgruppen zu einer Erhöhung des R-Wertes und damit zu einem weiteren paradoxen Ergebnis, das auch seitens des RKI als solches anerkannt wird."*

Sodann identifizieren die Autoren des Telepolis-Beitrags in der Stoppt-COVID-Studie des RKI eine Todsünde in der Wissenschaft, nämlich die Gleichsetzung von Korrelation und Kausalität:

*„Zunächst ist diese Studie – bereits von ihrem Konzept her – nur in der Lage zu beurteilen, ob das Infektionsgeschehen nach der Einführung einer Maßnahme geringer war. Jedoch kann sie keinesfalls die Frage beantworten, ob die Maßnahme auch verantwortlich für diese Verringerung war, da die Ergebnisse empirisch nicht mit einem möglichen Rückgang des Infektionsgeschehens ohne Interventionen verglichen werden.*

*Es lässt sich also aus dem Studiendesign selbst heraus gar nicht beantworten, ob die Maßnahmen für den Rückgang verantwortlich waren."*

Die Autoren räumen zunächst ein, dass es unter den gegebenen Bedingungen nicht möglich war, eine randomisierte Kontrollstudie durchzuführen und damit den Königsweg des Kausalitätsbeweises zu beschreiten. Also blieb ihnen nur der sogenannte Differenz-von-Differenzen-Ansatz (abgekürzt DiD – Difference in Differences). Was darunter zu verstehen ist, verdeutlichen die Autoren wie folgt:

*„Angenommen, wir haben zwei Schulklassen A und B derselben Stufe, die beide gehörige Defizite im Fach Mathematik aufweisen bzw. deren Leistungen in diesem Fach immer schlechter werden. Nun bekommt eine der beiden Schulklassen (Klasse A) zusätzliche Mathematik-Förderstunden – das ist unsere Intervention – die andere (Klasse B) bekommt die Förderstunden nicht.*

*Klasse A ist also die Interventionsgruppe, Klasse B ist die Kontrollgruppe. Wir wollen nun herausfinden, ob die zusätzliche Förderung einen kausalen Effekt hat, in diesem Fall: ob sich die Mathematik-Leistungen durch die Mathematik-Förderstunden verbessern.*

*Damit dieser kausale Effekt besteht, müssen zwei Kriterien erfüllt sein: Erstens muss die Wirkung – also die Verbesserung der Mathematik-Leistungen in Klasse A über die nächsten Schulmonate – nach Beginn der Förderstunden eintreten. Wenn sich die Mathenoten in Klasse A schon Monate vorher deutlich verbessern, kann das naturgemäß nicht – oder zumindest nicht nur – auf die Förderung zurückzuführen sein. Zweitens muss nachgewiesen werden, dass sich die Leistungen durch die Förderstunden verbessern.*

*Ein DiD-Ansatz stellt nun mehrere Fragen: Wie haben sich die Mathematik-Leistungen in beiden Klassen A und B entwickelt, bevor Klasse A die zusätzliche Förderung bekommen hat? Wie haben sich die Leistungen in beiden Klassen A und B entwickelt,*

*nachdem Klasse A die Förderung bekommt? Und: Wie hätten sich die Leistungen in Klasse A entwickelt, wenn es diese Intervention (Förderstunden) nicht gegeben hätte?*

*Der Ansatz vergleicht nun, wie sich die Mathenoten in Klasse A ohne Intervention entwickelt hätten mit der Entwicklung der tatsächlichen Noten in Klasse A nach Beginn der Förderstunden. Wir können natürlich nicht direkt ‚beobachten', wie sich Klasse A ohne die Intervention entwickelt hätte – denn die Intervention findet ja statt.*

*Wir haben aber zwei Anhaltspunkte, wie wir die Entwicklung von Klasse A ohne Intervention recht sauber annehmen können: Wir wissen, wie sie sich vor Beginn der Förderstunden entwickelt hat – und wir wissen, wie sich Klasse B (also die Kontrollgruppe) ohne Intervention entwickelt.*

*Aus der Differenz zwischen der echten und der hypothetischen Entwicklung von Klasse A ergibt sich ‚Kausalität' im Sinne des Modellansatzes: Nur wenn die Verbesserung in Klasse A nach Beginn der Förderstunden beginnt und sich die Leistungen in Klasse A über die Zeit verbessern, die in Klasse B sich aber nicht oder nur in wesentlich geringerem Umfang verbessern, wissen wir: die Förderstunden helfen, die Intervention hat also einen nachweisbaren kausalen Effekt."*

Damit haben die Autoren des Telepolis-Beitrags das Prinzip einer solchen Methode des Kausalitätsbeweises anschaulich beschrieben. Nun zurück zum RKI. Auch die Autoren der Stoppt-COVID-Studie hätten sich nach dem Gesagten zwei Fragen stellen müssen:

- Ist eine Verbesserung des Infektionsgeschehens *zeitlich nach* Inkrafttreten der jeweils untersuchten Maßnahmen eingetreten?
- Wenn ja: Ist jene Verbesserung *durch* die Maßnahmen eingetreten.

Die erste Frage hatten die Autoren der Stoppt-COVID-Studie tatsächlich gestellt – und *verneinen* müssen. Bereits damit ist der Kausalitätsbeweis im Differenz-von-Differenzen-Ansatz gescheitert. In diesem Modell können Maßnahmen also gerade *nicht* wirken, bevor sie in Kraft treten.

Und bei der zweiten Frage – nämlich ob die Verbesserungen *durch* die Maßnahmen eingetreten ist, begehen die Autoren der Stoppt-COVID-Studie eine zweite wissenschaftliche Todsünde: Sie setzen bei ihrer Modellierung voraus, was zu beweisen ist (Zirkelschluss oder auch *petitio principii*). Die Autoren des Telepolis-Beitrags erläutern zunächst das methodische Vorgehen bei einer sog. Regressionsanalyse und insbesondere die Herausforderung einer sachgerechten Modellierung. Es erübrigt sich, dies hier näher zu erläutern, weil das, was nun folgt, geradezu selbsterklärend ist. Die Autoren des Telepolis-Beitrags blicken auf das Design der Stoppt-COVID-Studie:

*„Schauen wir uns an, woraus das Modell in der RKI-Studie besteht: Das Infektionsgeschehen – gemessen durch den R-Wert – hängt darin ab von*

1. *einer saisonalen Schwankung,*
2. *den Virusvarianten,*

3. *den Corona-Maßnahmen und*
4. *der Impfung.“*

Daraus leiten die Autoren Folgendes ab:

*„Das Modell ist so aufgebaut, dass von einer Wirkung der Maßnahmen ausgegangen wird. Präziser ausgedrückt: Durch die Wahl der Variablen im Modell ist bereits vorbestimmt, dass Corona-Maßnahmen zwangsläufig einen drosselnden Effekt haben müssen.*

*Warum? Weil das Modell, schlicht und ergreifend, keine anderen Variablen berücksichtigt, die überhaupt eine Senkung des R-Wertes herbeiführen könnten – außer Corona-Maßnahmen und Impfungen.*

*Da abgesehen von den wiederkehrenden saisonalen Schwankungen und den Maßnahmen im Modell keine weiteren erklärenden Variablen auftauchen, ist implizit bereits definiert, dass Maßnahmen zur Senkung des R-Wertes beigetragen haben müssen. Um ganz deutlich zu werden:*

*Wir könnten – anstatt der Maßnahmen – beliebige andere Variablen in das Modell einsetzen, die sich auf irgendwelche Ereignisse beziehen, die beispielsweise im Dezember 2020 oder Januar 2021 stattgefunden haben – wir würden in jedem Fall einen drosselnden Effekt finden.*

*Dass das Infektionsgeschehen nachweislich auch unabhängig von Maßnahmen über die Zeit an Geschwindigkeit verliert oder Menschen individuell ihr Infektionsrisiko senken – beispielsweise durch Lüften in Innenräumen, Outdoor-Treffen oder Verzicht auf Umarmungen – ist im Modell nicht vorgesehen.“*

Man könnte auch sagen: Die Maßnahmen haben gewirkt, weil sie gewirkt haben. Wie sagte es doch damals im Juli 2020 Lothar Wieler: Die AHA-Regeln dürfen nicht mehr hinterfragt werden.

Und auch die Sucht der deutschen Bevölkerung nach vorauseilendem Verbots-Gehorsam lassen die Autoren des Telepolis-Beitrags als Erklärung nicht gelten:

*„Die Argumentation der Autorinnen und Autoren geht dahin, dass die Bevölkerung jene Maßnahmen antizipiert und "freiwillig" ihr Verhalten geändert habe – ein Einwand, den man schon häufiger gehört hat, der zunächst plausibel klingt, von dem aber bei genauerer Betrachtung nicht mehr bleibt als eine unbewiesene Behauptung.“*

Die Autoren des Telepolis-Beitrags weisen in der Stoppt-COVID-Studie noch einen weiteren methodischen Fundamental-Mangel nach, den man so beschreiben könnte: Was nicht passt, wird passend gemacht. An manschen Stellen mussten die Autoren der Stoppt-COVID-Studie nämlich feststellen, dass sich im zeitlichen Anschluss an bestimmte Maßnahmen das Infektionsgeschehen sogar verstärkt hatte. Zitieren wir erneut aus dem Telepolis-Beitrag:

*„Weiterhin belegen die Modellergebnisse der RKI-Studie auch nicht, dass sämtliche Maßnahmen im gewünschten Sinne wirken. Im Gegenteil: Für einige Maßnahmen wird sogar (vermeintlich) nachgewiesen, dass sie kontraproduktiv sind, weil sie – im Modell – den R-Wert erhöhen.*

*Im RKI-Bericht werden diese ‚paradoxen Effekte', wie sie von den Autorinnen und Autoren* [sc.: der Stoppt-COVID-Studie] *genannt werden, nur an einer Stelle kurz erwähnt – erklärt werden sie nicht. Es ist natürlich prinzipiell denkbar, dass eine Corona-Maßnahme nicht nur keinen Einfluss haben, sondern sogar kontraproduktiv sein kann – dies wird vermutlich kaum bestritten, ist aber an dieser Stelle gar nicht so entscheidend.*

*Viel wichtiger ist, dass diese ‚paradoxen Effekte' bedeuten, dass für die betreffenden Maßnahmen die Hypothese einer infektionsreduzierenden Wirkung zu verwerfen ist. Es ist in wissenschaftlichen Arbeiten unbedingt zu erwarten, dass solche Ergebnisse nicht nur dargestellt bzw. kurz erwähnt, sondern auch inhaltlich interpretiert werden: Sind die betroffenen Maßnahmen vielleicht wirklich kontraproduktiv? Wenn ja, warum? Oder liegen vielleicht methodische Probleme vor, die für inhaltliche Fehlschlüsse verantwortlich sein können? Hierzu findet sich keine Reflexion im RKI-Bericht.*

*Das wäre auch deswegen wichtig, weil die diesbezüglichen Modellergebnisse zum Teil logisch widersprüchlich sind (siehe Abbildungen 22 und 23 in der RKI-Studie): Warum sollten Maßnahmen im Einzelhandel unterschiedlicher Eskalationsstufe bei 18-59-Jährigen das Infektionsgeschehen drosseln und bei Kindern und Jugendlichen sowie in der Altersgruppe 60+ das Gegenteil bewirken?*

*Es geht aus diesen Ergebnissen auch hervor, dass Masken im ÖPNV und im Einzelhandel bei Personen ab 60 Jahren das Infektionsgeschehen entschleunigen, aber in den anderen Altersgruppen deutlich verstärken – warum sollte das in der Realität so sein? Ist es überhaupt logisch möglich, dass Masken in einer Altersgruppe gegen Infektionen schützen und in einer anderen Altersgruppe Infektionen vorantreiben?*

*Oder: Warum sind Maßnahmen am Arbeitsplatz in der Gruppe von 18 bis 59 Jahren – also der mehrheitlich erwerbstätigen Bevölkerung – kontraproduktiv, während sie in der Arbeitsgruppe unter 18 Jahren den erwarteten bzw. gewünschten Effekt zeigen?"*

Die Mängelliste, die von den Autoren des Telepolis-Beitrags vorgelegt wird, geht noch weiter. Aber bereits das hier Vorgetragene sollte ausreichen, um die Folgerung zu rechtfertigen: Die Stoppt-COVID-Studie des RKI ist das Papier nicht wert, auf dem sie geschrieben ist. Es ist geradezu erschreckend, was uns heutzutage teilweise als „Wissenschaft" verkauft wird.

Andernorts wird den nicht-pharmazeutischen Maßnahmen ein wesentlich dürftigeres Zeugnis ausgestellt. Eine an der Johns-Hopkins-Studie durchgeführte Meta-Studie zu den „Lockdowns" förderte das folgende Ergebnis zutage:

*„This systematic review and meta-analysis are designed to determine whether there is empirical evidence to support the belief that "lockdowns" reduce COVID-19 mortality.*

*Lockdowns are defined as the imposition of at least one compulsory, non-pharmaceutical intervention (NPI). NPIs are any government mandate that directly restrict peoples' possibilities, such as policies that limit internal movement, close schools and businesses, and ban international travel. This study employed a systematic search and screening procedure in which 18,590 studies are identified that could potentially address the belief posed. After three levels of screening, 34 studies ultimately qualified. Of those 34 eligible studies, 24 qualified for inclusion in the meta-analysis. They were separated into three groups: lockdown stringency index studies, shelter-in-place-order (SIPO) studies, and specific NPI studies. An analysis of each of these three groups support the conclusion that lockdowns have had little to no effect on COVID-19 mortality. More specifically, stringency index studies find that lockdowns in Europe and the United States only reduced COVID-19 mortality by 0.2% on average. SIPOs were also ineffective, only reducing COVID-19 mortality by 2.9% on average. Specific NPI studies also find no broad-based evidence of noticeable effects on COVID-19 mortality."*

Quelle: https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf.

Die Johns-Hopkins-University spielte in der Corona-Zeit eine beträchtliche Rolle, weil von dort die Idee stammte, die Zahl der „Neuinfektionen" täglich neu aufzuaddieren und als „COVID-19-Dashboard" zu präsentieren. Und nicht einmal dort hat man den Lockdown-Maßnahmen einen nennenswerten positiven Effekt bescheinigen können! Wenigstens diese Studie hätte von den Autoren der Stoppt-COVID-Studie ausgewertet werden müssen. Sie taucht indes im – ohnehin erschreckend dünnen – Literaturverzeichnis der Stoppt-COVID-Studie nicht auf.

Eine soeben im Januar 2024 veröffentlichte Studie, die den Effekt der Maßnahmen in Nordeuropa untersucht, kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Veränderungen des Infektionsgeschehens in den verschiedenen vielbeschworenen „Wellen" saisonbedingt erklären lassen – also als ein Phänomen, das sich völlig unabhängig von irgendwelchen staatlichen Maßnahmen vollzieht. Wo mithin das Infektionsgeschehen saisonal bedingt zurückging, lässt sich dies nicht als Effekt der Maßnahmen verbuchen. Zumindest gibt es für die Hypothese, die Maßnahmen hätten gewirkt, keine Evidenz.

Quelle: Quinn et al., Influence of Seasonality and Public-Health Interventions on the COVID-19 Pandemic in Northern Europe, https://www.mdpi.com/2077-0383/13/2/334.

Eine israelische Studie geht mit der Corona-Politik besonders hart ins Gericht. Die Autoren dieser Studie schätzen – und zwar nicht begrenzt auf COVID-19, sondern unter Einschluss früherer Pandemien, dass Lockdown-Maßnahmen 20-mal mehr Menschenleben gekostet haben als gerettet:

*"The price tag of lockdowns in terms of public health is high: by using the known connection between health and wealth, we estimate that lockdowns may claim 20 times more life years than they save. It is suggested therefore that a thorough cost-benefit analysis should be performed before imposing any lockdown for either COVID-19 or any future pandemic."*

Yanovskyi/Socol, Are Lockdowns Effective in Managing Pandemics?, https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/9295.

Man mag nun einwenden, es könne für die Bewertung von Lockdown-Maßnahmen nicht ausreichen, aus der Fülle einschlägiger Literatur selektiv einige wenige herauszugreifen und mit ihnen die Nutzlosigkeit oder gar Schädlichkeit solcher Maßnahmen zu begründen.

Freilich wurden weitere Studien, die die Lockdown-Politik nachdrücklich in Frage stellen, bereits 2020 veröffentlicht:

*Colleen Huber* hat sich die Mühe gemacht, die Sterblichkeit in sämtlichen US-Bundesstaaten zu untersuchen, und zwar Sterbefälle im Allgemeinen ebenso wie Sterbefälle, die mit COVID-19 assoziiert werden. Das verblüffende Ergebnis: Gerade dort, wo man auf derartige Einschränkungen verzichtet hat, sind der Autorin zufolge weniger Menschen gestorben als in den Vorjahren – ganz anders als in anderen US-Bundesstaaten, wo man derartige Einschränkungen verhängt hat.

Quelle: Huber, Proof: Lockdowns Did Not Reduce Deaths, https://www.primarydoctor.org/public-health-lockdowns.

In der Zeitschrift The Lancet erschien am 4. August 2020 eine Studie, wonach die Zahl von Sterbefällen weder durch Einschränkungen des öffentlichen Lebens noch durch die Ausweitung von Testungen noch durch schnelle Grenzschließung gesenkt werden konnte. Dem Autorenteam zufolge war demgegenüber die Sterblichkeit in jenen Ländern signifikant erhöht, in denen mehr fettleibige Menschen lebten und in denen das Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukt größer war.

Quelle: Chaudhry et al. A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes, https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30208-X/fulltext#%20.

Eine britische Studie weist darauf hin, dass Schweden, wo auf kollektive Freiheitsbeschränkungen weitgehend verzichtet wurde, zwar eine Übersterblichkeit verzeichne, diese aber nicht so hoch ausfalle wie in zahlreichen anderen Ländern, in denen harte Einschnitte verhängt worden seien, insbesondere nicht ansatzweise so hoch wie im Vereinigten Königreich.

Quelle: Miles et al., Living with COVID-19: Balancing Costs Against Benefits In The Face Of The Virus, https://www.cambridge.org/core/journals/national-institute-economic-review/article/abs/living-with-covid19-balancing-costs-against-benefits-in-the-face-of-the-virus/C1D46F6A3118D0360CDAB7A08E94ED22.

Eine Studie aus den USA, die am National Bureau of Economic Research entstanden ist und im August 2020 vorgelegt wurde, gelangt zu dem Ergebnis, dass die individuellen und kollektiven Freiheitsbeschränkungen, die verhängt wurden, um die Ausbreitung von SARS CoV-2 zu verlangsamen, in ihrer Wirkung überbewertet worden sind.

Denn in den untersuchten Ländern und US-Bundesstaaten sei die Entwicklung der Sterbefälle in der Zeitachse immer sehr ähnlich verlaufen, obwohl die Corona-Maßnahmen, die in den jeweiligen Ländern und Bundesstaaten verhängt wurden, ganz erheblich voneinander abwichen.

Quelle: Atkeson et al., Four stylized Facts About COVID-19, https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27719/w27719.pdf.

Ein ganz ähnliches Bild brachte eine israelische Studie bereits im April 2020 hervor: Danach erreicht die Zahl der täglichen Neuinfektionen am Tag 41 nach Ausbruch der Epidemie ihren Höhepunkt und nahm danach kontinuierlich ab, und zwar unabhängig davon, wie scharf die Politik zur Eindämmung des Virus intervenierte.

Quelle: Ben Israel, The Times of Israel vom 19.4.2020, https://www.timesofisrael.com/the-end-of-exponential-growth-the-decline-in-the-spread-of-coronavirus/#gs.gfmo40.

Abermals könnte man einwenden, diese Auswahl der Studien sei selektiv, und es habe auch andere wissenschaftliche Arbeiten gegeben, die der Lockdown-Politik ein deutlich besseres Zeugnis ausgestellt hätten. Viel wichtiger aber ist im hier interessierenden Zusammenhang, dass das RKI bei der Anfertigung der Stoppt-COVID-Studie seinem gesetzlichen Auftrag nicht nachgekommen ist. Blicken wir auf § 4 Abs. 1 Sätze 1 und 2 IfSG:

*„Das Robert Koch-Institut ist die nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen. Dies schließt die Entwicklung und Durchführung epidemiologischer und laborgestützter Analysen sowie Forschung zu Ursache, Diagnostik und Prävention übertragbarer Krankheiten ein.“*

Wenn das RKI also die nicht-pharmazeutischen Maßnahmen wissenschaftlich bewerten wollte, musste es selbst wissenschaftliche Standards einhalten – und dazu gehört eben eine systematische Auswertung der international verfügbaren Literatur, und zwar sowohl pro als auch contra Lockdown & Co. Genau das leistet die Stoppt-COVID-Studie indes nicht.

Die WHO selbst hatte im September 2019 eine ausführliche Handreichung zur Bekämpfung von Influenza mittels nicht-pharmazeutischer Maßnahmen herausgegeben.

Quelle: https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measuresfor-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza.

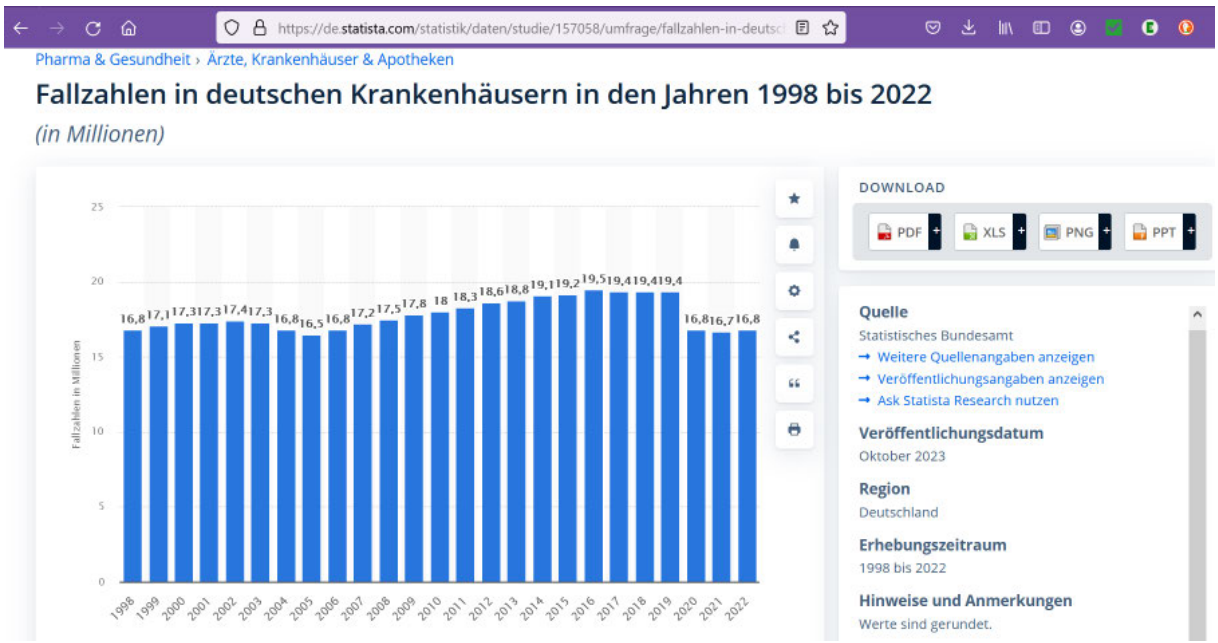
Ergebnis: Derartige Maßnahmen haben wenig bis gar keine Wirkung. Nicht einmal dieses Papier findet Eingang in das Literaturverzeichnis der Stoppt-COVID-Studie.

Warum sollten Maßnahmen, die bei Influenza versagt haben, bei COVID-19 plötzlich das Allheilmittel repräsentieren?

## b) Deutschland versus Schweden

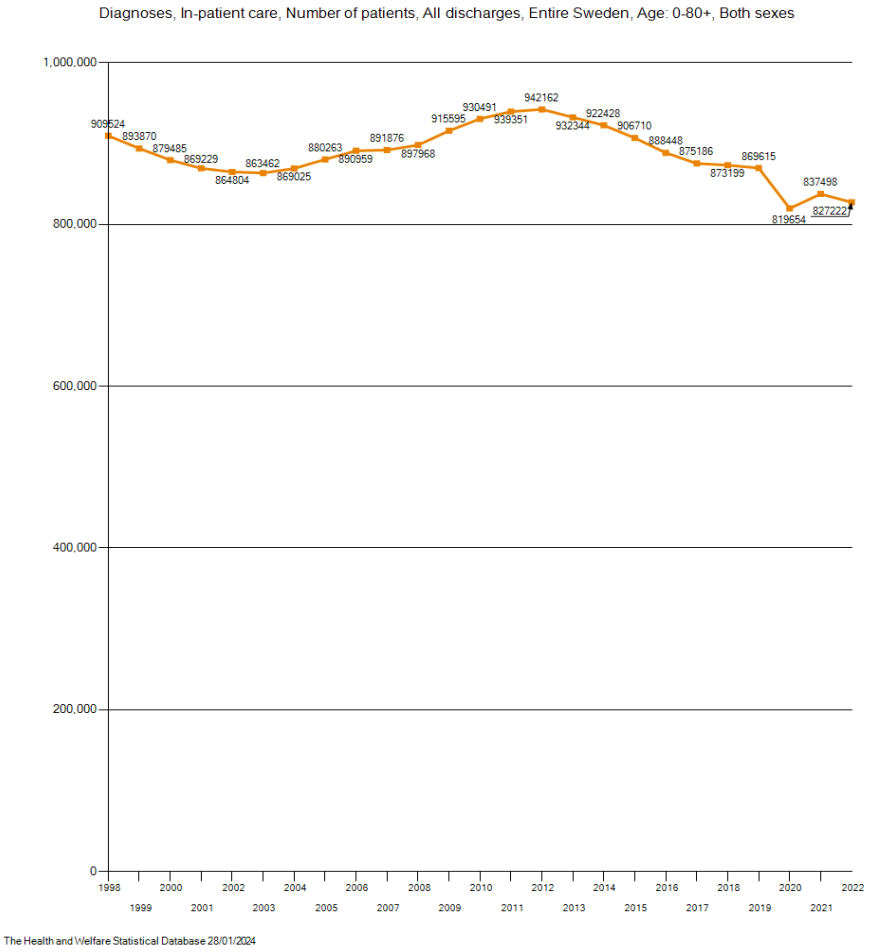
Schweden ist bekanntlich einen anderen Weg gegangen als die meisten europäischen Länder und insbesondere einen anderen Weg als Deutschland: Dort wurde zwar nicht vollständig, aber weitgehend auf Freiheitseinschränkungen verzichtet. Wenn also das hier festgestellte sehr moderate Erkrankungsgeschehen in Deutschland wirklich das Verdienst der Maßnahmen war, müsste eben dieses Geschehen in Schweden deutlich dramatischer ausgefallen sein.

Tatsächlich sehen wir aber auch hier das Gegenteil. Wir erblicken sowohl in Deutschland als auch in Schweden historische Tiefstände in den Krankenhausfallzahlen. Schauen wir zuerst nach Deutschland:




Quelle: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157058/umfrage/fallzahlen-in-deutschen-krankenhaeusern-seit-1998/ (Auch hier übrigens wieder ein weiterer Beleg dafür, dass es keine besorgniserregende Überlastung in den „Pandemiejahren“ gab!)

**Und nun die Entwicklung in Schweden:**




Quelle: https://www.socialstyrelsen.se/en/statistics-and-data/statistics/

Wir finden auch in Schweden keinen Anstieg der Fallzahlen, obwohl Schweden auf die Maßnahmen verzichtet hat.

Die nachfolgende Tabelle gibt auszugsweise einen Überblick über die verschiedenen Maßnahmen, die in Schweden und Deutschland während der Corona-Zeit umgesetzt bzw. nicht umgesetzt wurden:

| Maßnahme | Deutschland verpflichtend | Schweden verpflichtend |
|---|---|---|
| Ausgangssperren | Ja | Nein |
| Geschäftsschließungen | Ja | Nein |
| Kita- und Grundschulschließungen | Ja | Nein |
| Weitreichende Maskenpflicht | Ja | Nein |
| Kontaktbeschränkungen im privaten Raum | Ja | Nein |
| Verbot von Großveranstaltungen | Ja | Nein |
| Homeoffice-Pflicht | Ja | Nein |
| Testpflicht und Hygienekonzepte in Unternehmen | Ja | Nein |
| Quarantäne- und Isolationspflicht | Ja | Nein |
| Einschränkungen im öffentlichen Nahverkehr | Ja | Nein |
| Grenzschließungen | Ja | Nein |
| Einschränkungen beim Besuch von Sterbenden | Ja | Nein |
| Begrenzung von Trauerfeiern | Ja | Nein |
| 2G- oder 3G-Regelungen | Ja | Nein |
| Beschränkungen für Gastronomie und Hotellerie | Ja | Nein |
| Lockdowns | Ja | Nein |
| Wechselmodelle im Schulbetrieb | Ja | Nein |
| Impfpflicht für das Gesundheitswesen | Ja | Nein |
| Impfpflicht für Soldaten | Ja | Nein |

Der Vergleich zwischen Schweden und Deutschland erhärtet also nicht etwa die These, dass die nicht-pharmazeutischen Maßnahmen für das moderate Erkrankungs- und Hospitalisierungsgeschehen verantwortlich sind, sondern widerlegt sie eher noch.

### c) COVID-Injektionen – weder wirksam noch sicher

Es konnte mehrfach gezeigt werden, dass das Erkrankungsgeschehen bereits 2021 spürbar und 2022 noch deutlicher angestiegen ist. Ende Dezember 2020 war die COVID-Impfkampagne mit Impfstoffen und ab dem Herbst 2021 wurde auf breiter Fläche die erste Auffrischungsimpfung (Booster) verabreicht. Bei alledem ist zu beachten, dass für die COVID-Injektionen lediglich eine bedingte Zulassung erteilt worden war, und zu den Bedingungen für eine endgültige Zulassung gehörte, dass aus den – weiterhin laufenden – klinischen Studien aussagekräftige Ergebnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit der Injektionen hervorgebracht wurden.

Mit diesen zeitlichen Abläufen ist freilich zunächst nur eine Korrelation und noch kein Kausalzusammenhang festgestellt. Und dennoch müssen wir uns mit der Frage beschäftigen, ob die COVID-Injektionen – ganz entgegen der öffentlich verlautbarten Intention der Impfkampagne – womöglich zu einer Verstärkung des Erkrankungsgeschehens, vielleicht sogar des Sterbegeschehens beigetragen haben.

In mehreren Studien wurde nachgewiesen, dass nach dem Empfang von mRNA-Injektionen bei den Probanden IgG4-Antikörper zu beobachten waren – zunächst in einer Studie, die sich mit Probanden mit drei, später in einer Studie, die sich mit

Probanden mit zwei Impfdosen befasste. Erläuternd heißt es in einem Überblicksbeitrag hierzu:

*„IgG4 sind die Subklasse der IgG-Antikörper, die ebenfalls das Immunsystem bremsen und die Viruselimination verhindern.“*

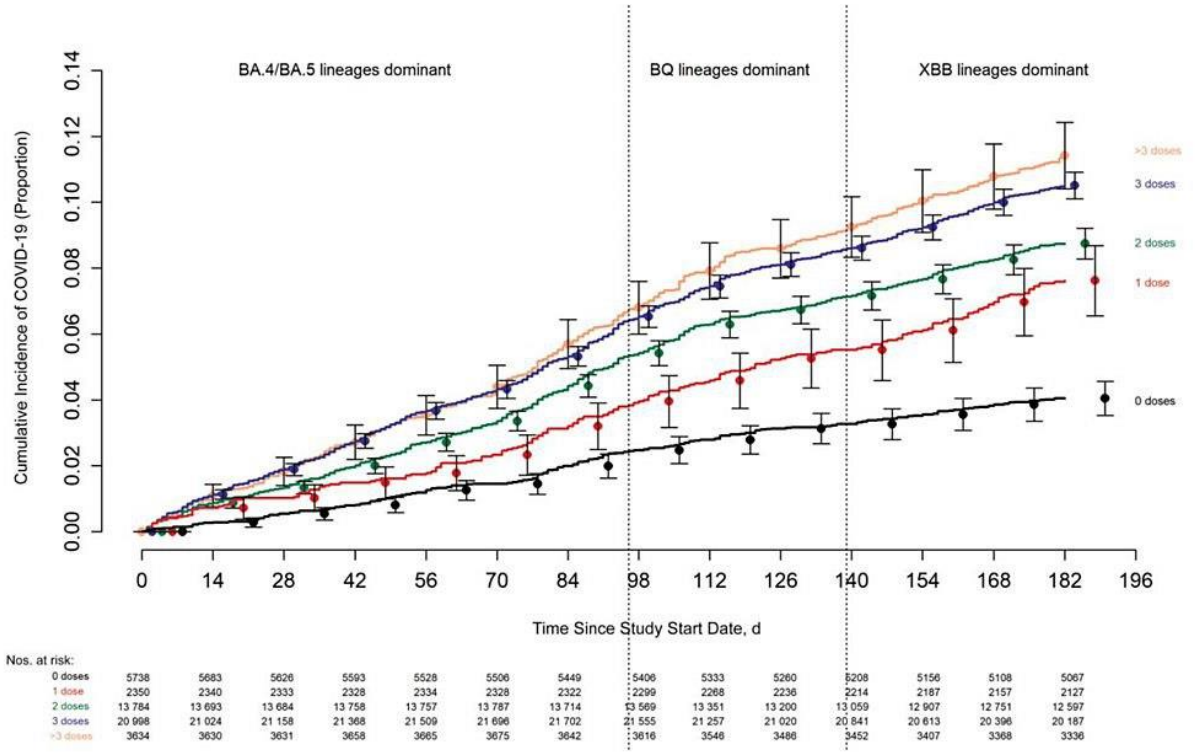
Quelle: tkp.at vom 23.1.2024, https://tkp.at/2024/01/23/negative-auswirkungen-von-mrna-praeparaten-durch-erzeugung-von-igg4-antikoerpern-bestaetigt-durch-neue-studie/.

Wir müssen mithin befürchten, dass jemand, der die COVID-Injektion empfängt, infektionsverstärkende Antikörper bildet und dass dies eine der Ursachen für ansteigende Erkrankungszahlen und höhere Krankenstände darstellt.

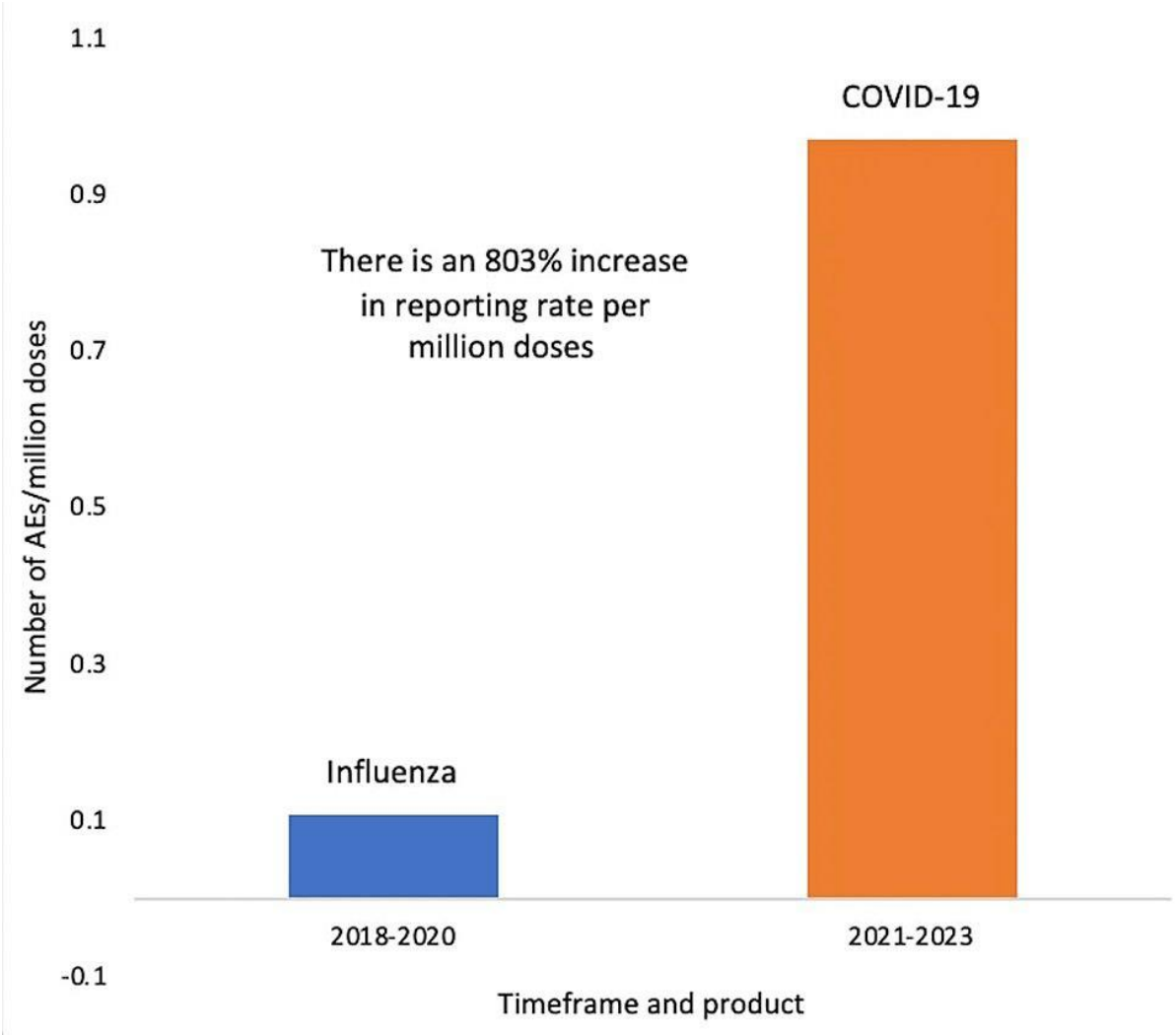
Die Demontage des menschlichen Immunsystems durch die COVID-Impfungen wird in einer ausführlichen Studie, die im April 2022 veröffentlicht wurde, sehr ausführlich beschrieben, und jene Demontage wird darin für zahlreiche beobachtete Impfnebenwirkungen verantwortlich gemacht.

Quelle: Seneff et al., Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027869152200206X?via%3Dihub
https://doi.org/10.1016/j.fct.2022.113008

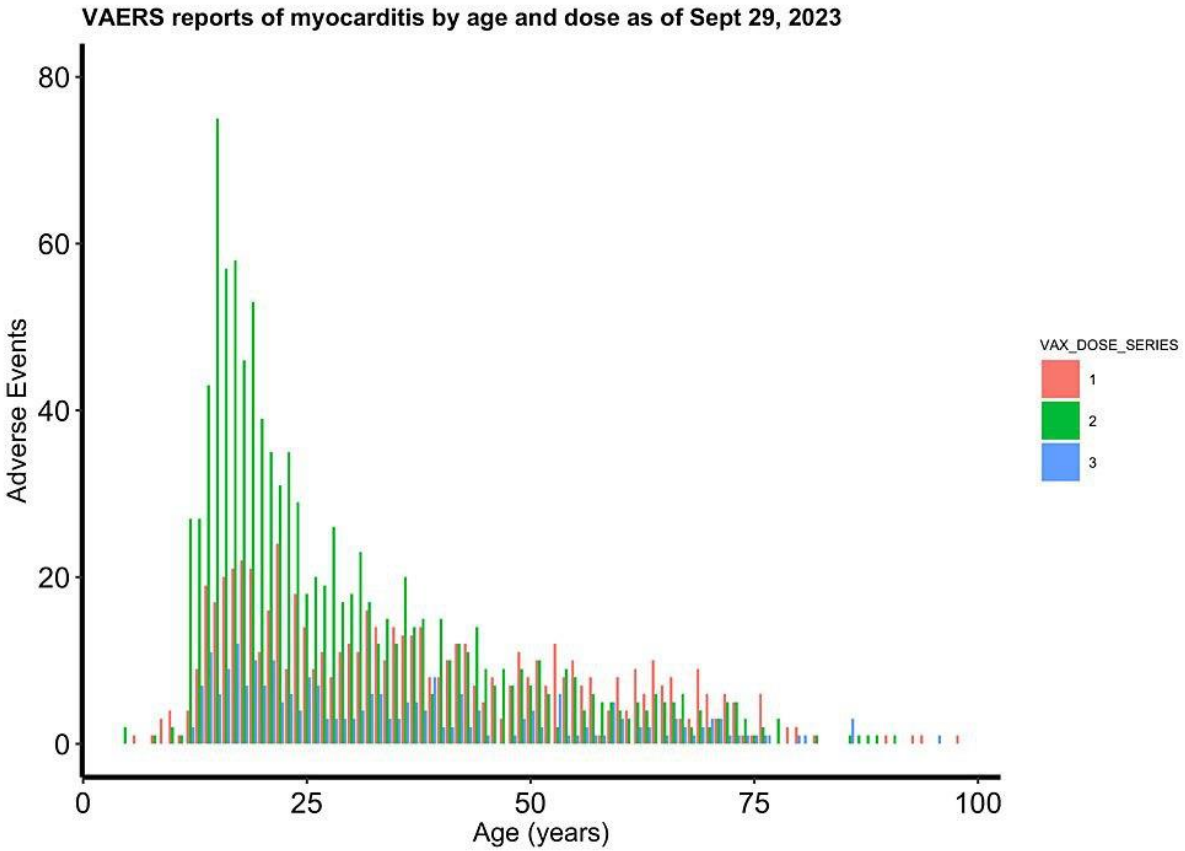
Eine jüngere Studie befasst sich sehr umfassend mit den Ergebnissen der COVID-Impfkampagne – mit der Frage nach Sicherheit und Wirksamkeit der COVID-Injektionen, aber auch mit den Versäumnissen der Behörden im Zulassungsverfahren. Die Autoren dieser Studie gelangen zu erschreckenden Ergebnissen. Hierzu zählt eine Grafik, die einer klinischen Studie aus Cleveland/USA entnommen ist und aus der sich ergibt, dass die Anzahl der COVID-19-Fälle ansteigt, je mehr COVID-Injektionen der jeweilige Patient erhalten hat:




Zu den Impfkomplikationen berichten die Autoren der Studie ebenfalls Bestürzendes. Dies betrifft zunächst die Anzahl gemeldeter Impfkomplikationen bei den COVID-Injektionen im Vergleich zum Influenz-Impfstoff:




Besonders betrüblich ist die hohe Anzahl von Herzmuskelentzündungen nach COVID-Injektion vor allem bei jüngeren Menschen (die, wie gesehen, das geringste Risiko hatten, nach einer COVID-Erkrankung zu versterben):




Quelle: Mead et al., COVID-19 mRNA Vaccines: Lessons Learned from the Registrational Trials and Global Vaccination Campaign, https://www.cureus.com/articles/203052#!/.

Sowohl die Wirksamkeit als auch die Sicherheit der COVID-Injektionen sind nach alledem nachdrücklich in Frage gestellt. Die oben gezeigte Grafik zum erhöhten Erkrankungsrisiko nach einer solchen Injektion wird bestätigt durch einen Medienbericht, der nach Auswertung von offiziellen Daten in Großbritannien zu dem Ergebnis gelangt, dass auch das Sterberisiko mit zunehmender Anzahl von COVID-Injektionen steigt. Diesem ausführlichen und mit Grafiken unterlegten Bericht zufolge

*„fallen die Häufungen der Sterbefälle in den drei Altersgruppen über 60 Jahren jeweils in Zeiten mit einer deutlichen Zunahme der Corona-(Zweit-)Impfungen.“*

Und noch eine Auffälligkeit wird notiert:

*„Während die Ungeimpften seit Jahresbeginn tendenziell weniger häufig sterben, liegt die Sterblichkeit der doppelt Geimpften – etwa seit Beginn der Zweitimpfungen – nicht nur ähnlich, sondern doppelt so hoch wie die der Ungeimpften. Mit anderen Worten, zweifach geimpfte Personen zwischen zehn und 59 Jahren sterben durchschnittlich etwa doppelt so häufig wie Ungeimpfte in dieser Altersgruppe.“*

Freilich wird in diesem Bericht auch betont, dass manche Daten und Grafiken keine eindeutige Erklärung zulassen.

Quelle: Epoch Times vom 7.12.2021, https://www.epochtimes.de/gesundheit/grossbritannien-offizielle-zahlen-belegen-sterblichkeit-unter-geimpften-a3656285.html?ea_src=article&ea_pos=col-middle&ea_elmt=related-articles&ea_cnt=16&_gl=1*1go24ei*_up*MQ..*_ga*MTAyOTE0NTk5NC4xNzA2MzA2MzA2*_ga_GCZQQGLHE4*MTcwNjMwNjMwNS4xLjEuMTcwNjMwNjMwNS4wLjAuMA.

Eine deutsche Studie identifiziert für 2020 eine geringe, für 2021 eine deutliche und für 2022 eine noch deutlichere Übersterblichkeit:

*"The results show that the observed number of deaths in 2020 was close to the expected number with respect to the empirical standard deviation; approximately 4,000 excess deaths occurred. By contrast, in 2021, the observed number of deaths was two empirical standard deviations above the expected number and even more than four times the empirical standard deviation in 2022. In total, the number of excess deaths in the year 2021 is about 34,000 and in 2022 about 66,000 deaths, yielding a cumulated 100,000 excess deaths in both years. The high excess mortality in 2021 and 2022 was mainly due to an increase in deaths in the age groups between 15 and 79 years and started to accumulate only from April 2021 onward. A similar mortality pattern was observed for stillbirths with an increase of about 9.4% in the second quarter and 19.4% in the fourth quarter of the year 2021 compared to previous years."*

Quelle: Kuhbandner/Reitzner, Estimation of Excess Mortality in Germany During 2020-2022, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10292034/.

In der Diskussion um die Ursachen stellen die Autoren sodann fest, dass die Sterblichkeitsrate immer dann besonders in die Höhe schnellte, wenn gerade besonders viele Menschen die COVID-Injektion empfangen hatten (ebenda ab S. 29). Die Autoren behaupten dabei ausdrücklich nur eine Korrelation, nicht aber eine Kausalität. Jene Korrelation sendet aber ein Risikosignal, dem die Überwachungsbehörden (also in Deutschland das Paul-Ehrlich-Institut) dringend nachgehen müssten.

Die von Pfizer bereitgestellten Daten zu Risikosignalen nach COVID-Injektion mit dem Pfizer/BioNTech-Stoff zeigen bereits mit Datenstand 28.2.2021 sage und schreibe 1.223 (!!) Todesfälle nach einer solchen Injektion.

Quelle: https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf , S. 7, Anlage 7.

In Sachsen hatte man noch am 1.2.2022 keine belastbaren Daten zum Impfstatus der in den Kliniken stationär behandelten Patienten. Auf die folgende parlamentarische Anfrage (im Original fett gedruckt):

*„Frage 3: Wie viele positiv auf SARS CoV-2 getestete Personen sind in den einzelnen Kalenderwochen des Jahres 2021 an der Infektion bzw. COVID-19 verstorben? (Bitte schlüsseln Sie zusätzlich alle Daten nach den Altersgruppen 0-11 Jahre, 12-17 Jahre, 18-59 Jahre und 60 Jahre und älter sowie nach vollständig Geimpften, Personen ohne vollständigen Impfschutz sowie unbekanntem Impfschutz und kreuzgeimpften Personen auf)"*

gab die sächsische Staatsregierung u.a. die folgende Antwort:

*„Da seit der 45. Kalenderwoche (KW) 2021 bis Jahresende in bis zu 68% der Fälle keine Eintragungen zum Impfstatus und in bis zu 84% der Fälle keine Eintragungen zur Hospitalisierung vorgenommen wurden, kann Frage 3 nur teilweise beantwortet werden.“*

Quelle: Landtags-Drucksache 7/8707, https://edas.landtag.sachsen.de/redas/download?datei_id=18439.

Die 45. Kalenderwoche war jene, die dem Erlass der Notfall-VO vorausging. Zu diesem Zeitfenster hatte die sächsische Staatsregierung eine so erschreckend dünne Datenlage. Die Notfall-VO wurde folglich ohne auch nur eine nur ansatzweise ausreichende Faktenbasis verabschiedet.

Ebenso wenig erschließt sich, auf welcher Tatsachengrundlage von einer „Pandemie der Ungeimpften“ gesprochen werden konnte. Eben diese bösartige Verunglimpfung von Menschen ohne COVID-Injektion leistete sich jedoch der sächsische Ministerpräsidenten Michael Kretschmer.

Quelle: https://www.lvz.de/mitteldeutschland/kretschmer-warnt-vor-pandemie-der-ungeimpften-PV2L22KHJAM7ARCR2HFL5DJUEE.html.

Irgendeine Substanz im Tatsächlichen hatte diese Äußerung indes zu keinem Zeitpunkt. Der sächsischen Staatsregierung wurde im Rahmen einer parlamentarischen Anfrage die folgende Frage gestellt (im Original fett gedruckt):

*„Frage 2: Wie hoch sind jeweils der Anteil und die Anzahl der in den einzelnen Kalenderwochen unter Frage 1 genannten Patienten, zu denen in der Meldung kein Impfstatus angegeben wurde oder der Impfstatus als unbekannt angegeben wurde? (Aktualisierung der Angaben aus Drs. 7/12628.)“*

Darauf gab es die folgende Tabelle zur Antwort:

| Anzahl Impfungen | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| 1 | 0,04% | 2,8% | 2,5% |
| 2 | 0,1% | 11,9% | 2,8% |
| 3 | | 0,861% | 4,602% |
| 4 | | 0,002% | 0,12% |
| 5 | | | 0,003% |
| 6 | | | 0,0002% |
| 8 | | 0,0002% | |
| Nicht erhoben | 99,9% | 84,4% | 89,9% |
| Nicht ermittelbar | | 0,04% | 0,0003% |

Quelle: https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=13581&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined

Wie kann man, wenn bei sage und schreibe 99,9% in 2020, 84,4% in 2021 und 89,9% in 2022 der Patienten der Impfstatus *nicht*erhoben wurde, von einer „Pandemie der Ungeimpften“ gesprochen haben? Offenbar ging es nur darum, die Stigmatisierung von „Impfverweigerern“ zu verschärfen. Mit evidenzbasiertem Seuchenschutz hatte diese Art der Politik nichts zu tun. Die sächsische Staatsregierung betrieb eine Impfpolitik im Blindflug.

### d) COVID-Injektionen: Kein Fremdschutz

Eine ganz wesentliche Hoffnung, die in die COVID-Injektionen gesetzt worden war, bestand darin, dass Empfänger dieser Injektionen andere Menschen nicht mehr mit SARS CoV-2 anstecken können. Die 2G-Regeln, die in der gesamten Bundesrepublik Deutschland und auch in Sachsen zum Einsatz kamen (siehe z.B. §§ 6a, 8, 10 Abs. 4 Schutz-VO), beruhten auf eben dieser Prämisse.

Die Hersteller vermochten noch nicht einmal den Eigenschutz der Empfänger der COVID-Injektionen zu gewährleisten. Blicken wir in den Beipackzettel des BioNTech-Stoffs Comirnaty:

Wie bei jedem Impfstoff schützt Comirnaty möglicherweise nicht alle geimpften Personen und es ist nicht bekannt, wie lange Sie geschützt sind.

Die Wirksamkeit von Comirnaty kann bei Personen mit geschwächtem Immunsystem geringer sein. Wenn Sie ein geschwächtes Immunsystem haben, können Sie weitere Dosen Comirnaty erhalten. In diesen Fällen sollten Sie weiterhin körperliche Vorsichtsmaßnahmen treffen, um COVID-19 zu verhindern. Außerdem sollten Ihre engen Kontaktpersonen entsprechend geimpft werden. Besprechen Sie die entsprechenden individuellen Empfehlungen mit Ihrem Arzt.

Quelle: https://dam.biontech.de/assets/OgwPLzvEr44WWr0ffN-XefA/PMI44ltsU54Hp3VWP5DBoA/Original%20file/BNT_COM_GI_COMIRNATY_30%C2%B5g_12Jahre_Fertigl%C3%B6sung_230831.pdf

Noch weniger konnte von einer Gewähr für den beabsichtigten und allenthalben behaupteten Fremdschutz die Rede sein. Die EMA schrieb unter dem 18.10.2023 an den niederländischen EU-Abgeordneten Marcel de Graaff einen Brief mit brisantem Inhalt.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

Marcel de Graaff MEP
Europäisches
Parlament ASP
06E240
60, rue Wiertz / Wiertzstraat 60
B-1047 Brüssel
Belgien

E-Mail: marcel.degraaff@europarl.europa.eu

18. Oktober 2023
EMA/451828/2023
Europäische Arzneimittelbehörde

In diesem Brief heißt es auf S. 1 (Hervorhebungen nicht im Original):

*„**You are indeed correct to point out that COVID-19 vaccines have not been authorised for preventing transmission from one person to another**. The indications are for protecting the vaccinated individuals only. The product information for COVID-19 vaccines clearly states that the vaccines are for active immunisation to prevent COVID-19. In addition, **EMA's assessment reports on the authorisation of the vaccines note the lack of data on transmissibility**."*

Deutsche Übersetzung mit DeepL: *"**Sie haben in der Tat Recht, wenn Sie darauf hinweisen, dass die COVID-19-Impfstoffe nicht zur Verhinderung der Übertragung von einer Person auf eine andere untersucht wurden.** Die Angaben dienen nur dem Schutz der geimpften Personen. In der Produktinformation für COVID-19-Impfstoffe heißt es eindeutig, dass die Impfstoffe zur aktiven Immunisierung gegen COVID-19 dienen. **Darüber hinaus wird in den Bewertungsberichten der EMA über die Zulassung der Impfstoffe darauf hingewiesen, dass keine Daten zur Übertragbarkeit vorliegen."***

Quelle: 2023_10_18_Letter_to_MEP_Marcel_de_Graaff_Request_for_the_direct.pdf
Zum Beispiel hier: https://www.docdroid.net/bwouhw0/2023-10-18-letter-to-mep-marcel-de-graaff-request-for-the-direct-pdf

Dies kann auch kaum überraschen. Denn bereits in den Zulassungsunterlagen der EMA ist zu lesen, dass der Übertragungsschutz nicht Gegenstand der Zulassungsstudien geworden ist. Im European Public Assessment Report (EPAR) der EMA-Arzneimittelkommission zu Comirnaty vom 19.2.2021 erfährt der Leser Folgendes:

- S. 97: *„It is presently not known if the vaccine protects against asymptomatic infection, or its impact on viral transmission. The duration of protection is not known."*

- S. 132: *"The pivotal study was not designed to assess the effect of the vaccine against transmission of SARS-CoV-2 from subjects who would be infected after vaccination."*

Quelle: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

Zur Erläuterung des Begriffs *pivotal study*: Hersteller eines Arzneimittels führen häufig mehrere klinische Studien mit unterschiedlichem Design durch. Nicht alle diese Studien finden Eingang in das Zulassungsverfahren, sondern nur die *pivotal studies* – dieser Begriff bezeichnet also *die entscheidenden* klinischen Untersuchungen, die der behördlichen Prüfung zugrunde gelegt werden.

Kleiner Exkurs: Der EPAR vom 19.2.2021 enthält noch weitere interessante Informationen, z.B. auf S. 55 jene, dass der BioNTech-Stoff im Zulassungsverfahren weder auf eine mögliche erbgutschädigende noch auf eine mögliche krebserregende Wirkung hin überprüft worden ist. Der Annex zur BioNTech-Produktinformation durch die EMA (https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf) enthält die gleiche Information auf S. 16.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach wirbt zwar bis heute vehement für die COVID-Injektionen, hat aber mehrfach einräumen müssen, dass diese die in sie gesetzten Hoffnungen nicht einlösen.

Bereits am 7.7.2022 verkündete Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Deutschen Bundestag Folgendes (Hervorhebung nicht im Original):

*„Wir wissen, dass eine vorherige Infektion mit der BA.1- oder der BA.2-Variante wenig Schutz bietet für die Infektion mit der BA.5-Variante.* ***Wir wissen darüber hinaus, dass die Impfstoffe nicht wirklich gut schützen gegen die Infektion****."*

Quelle: https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/bulletin/rede-des-bundesministers-fuer-gesundheit-dr-karl-lauterbach--2060472.

Ende November 2022 gab Karl Lauterbach dann das Auslaufen der einrichtungsbezogenen Nachweispflicht im Gesundheitswesen (§ 20a IfSG) zum 31.12.2022 mit folgender Begründung bekannt:

*„Die Impfung schützt nicht mehr vor der Ansteckung. Wenn sie nicht mehr vor der Ansteckung schützt, dann gibt es auch keinen Grund mehr dafür in diesen Einrichtungen."*

Quelle: ZDF vom 23.11.2022, https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-impfpflicht-lauterbach-pflege-100.html.

Im Dezember 2023 äußerte Karl Lauterbach sodann auf X (vormals Twitter):

Quelle: https://twitter.com/karl_lauterbach/status/1735410466170773921?s=52&t=RZgwDs3ZcDqJt9Sku_oA1Q

Für 2G-Regeln und insbesondere für die sie tragende Annahme, wer die COVID-Injektion empfange, schütze nicht nur sich, sondern auch andere, hat es nach alledem niemals eine belastbare Grundlage gegeben. Es besteht nicht ein Hauch von Evidenz, dass 2G-Regeln auch nur das Geringste dazu beigetragen haben, das Erkrankungs- oder Hospitalisierungsrisiko zu senken.

Darüber hinaus konnten Personen, die dadurch zur COVID-Injektion erpresst wurden, dass sie andernfalls nicht mehr am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilhaben durften, überhaupt nicht mehr wirksam in die Injektion einwilligen. Denn die Einwilligung in einen medizinischen Eingriff ist *ipso iure* unwirksam, wenn sie nach fehlender/fehlerhafter Aufklärung oder unter Druck abgegeben wird. Die STIKO scheint dies zumindest im Zusammenhang mit der Impfung von Jugendlichen erkannt zu haben, als sie in ihrer 99. Sitzung die folgende Aussage protokollierte:

*„Die STIKO spricht sich explizit dagegen aus, dass der Zugang zur Teilhabe an Bildung, Kultur und anderen Aktivitäten des sozialen Lebens vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht wird.“*

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Protokolle/Sitzung_99.pdf?__blob=publicationFile.

### e) Keine „sterile Immunität“ durch „Impfungen“

Das durch die „Impfungen“ auch keine sterile Immunität, also kein Eigenschutz aufgebaut wurde, zeigt die Vielzahl an Impfdurchbrüchen.

In seinem Wochenbericht vom 10.03.2022 hat das Robert-Koch-Institut (RKI) erneut festgestellt, dass bei den volljährigen Personen an COVID-19 gegenwärtig mehr

geimpfte als ungeimpfte Personen erkranken und mehr geimpfte als ungeimpfte Personen wegen COVID-19 hospitalisiert sind. Auf S. 27 dieses RKI-Wochenberichts vom 10.03.2022 zeigt das RKI dazu eine Tabelle:



Tabelle 3: Impfstatus der symptomatischen COVID-19-Fälle in MW 05 - 09/2022 nach Altersgruppe und Krankheitsschwere (Datenstand 09.03.2022).

| | | Altersgruppe | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 5 bis 11 Jahre | 12 bis 17 Jahre | 18 bis 59 Jahre | 60 Jahre und älter |
| **Symptomatische COVID-19-Fälle*** | | **57.018** | **37.849** | **286.978** | **44.891** |
| davon... | ungeimpft | 51.818 | 21.094 | 74.970 | 10.017 |
| | grundimmunisiert | 4.956 | 12.497 | 77.957 | 6.921 |
| | mit Auffrischimpfung | 244 | 4.258 | 134.051 | 27.953 |
| **Hospitalisierte symptomatische COVID-19-Fälle*** | | **210** | **142** | **1.696** | **2.282** |
| davon... | ungeimpft | 197 | 94 | 709 | 1.091 |
| | grundimmunisiert | 12 | 39 | 430 | 338 |
| | mit Auffrischimpfung | 1 | 9 | 557 | 853 |
| **Auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle*** | | **3** | **3** | **59** | **248** |
| davon... | ungeimpft | 3 | 1 | 44 | 161 |
| | grundimmunisiert | 0 | 2 | 7 | 37 |
| | mit Auffrischimpfung | 0 | 0 | 8 | 50 |
| **Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle* **** | | **1** | **0** | **25** | **465** |
| davon... | ungeimpft | 1 | 0 | 15 | 263 |
| | grundimmunisiert | 0 | 0 | 3 | 66 |
| | mit Auffrischimpfung | 0 | 0 | 7 | 136 |

* Alle symptomatischen Fälle, für welche zu „Klinische Information vorhanden" ein „Ja" angegeben wurde, und für die aus den übermittelten Angaben hervorgeht, dass sie entweder ungeimpft waren, eine abgeschlossene Grundimmunisierung oder eine Auffrischimpfung erhalten haben. Symptomatische Fälle mit unbekanntem Impfstatus und Fälle, für die nur eine unvollständige Impfserie angegeben war, wurden ausgeschlossen.
** Insbesondere für Todesfälle ist in den Folgewochen mit Änderungen der Fallzahl zur rechnen.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-03-10.pdf?__blob=publicationFile

Diese Tabelle zeigt sehr deutlich: Es gab eine so hohe Zahl von Fällen des Impfversagens, dass selbst die Hypothese von einem durch die COVID-Injektionen begünstigten Eigenschutzes beträchtlich ins Wanken gerät. Auch hier erweist sich die medizinische und auch rechtliche Fragwürdigkeit von 2G-Regeln.

Blickt man sodann im Wochenbericht vom 28.4.2022 auf die Tabellen auf S. 26, zeigt sich, dass in allen Altersgruppen die Fallzahlen unabhängig vom Impfstatus praktisch Gleichstand erreicht hatten, die Gruppe der „Ungeimpften" sich aber rasant abwärts entwickelte, während die Kurven der anderen Impfstatus-Gruppen deutlich langsamer abflachten. Die Impfeffektivität konvergierte also selbst auf der Basis der RKI-Zahlen gegen Null.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-04-28.pdf?__blob=publicationFile.

Das RKI zog daraus die Konsequenz, ab dem 5.5.2022 keine Angaben zur Impfeffektivität mehr in die Wochenberichte aufzunehmen. Zu peinlich waren die Ergebnisse geworden.

Die wenigen Hinweise, die hier zur Impfeffektivität gegeben werden konnten (sobald zur Begründetheit des hier streitgegenständlichen Normenkontrollantrags verhandelt wird, wird hierzu weiter vorgetragen werden), wecken Zweifel, ob es sich bei den COVID-Injektionen überhaupt um „Schutzimpfungen“ im Sinne des § 20 IfSG handelt. Absätze 1 bis 2a dieser Vorschrift werden hier zunächst im vollen Wortlaut zitiert, weil an zahlreichen Stellen im Wortlaut der Vorschrift Bedenken gegen die Einordnung jener Injektionen als „Schutzimpfung“ ansetzen.

*(1) Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die obersten Landesgesundheitsbehörden und die von ihnen beauftragten Stellen sowie die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung zielgruppenspezifisch über die Bedeutung von Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten. Bei der Information der Bevölkerung soll die vorhandene Evidenz zu bestehenden Impflücken berücksichtigt werden.*

*(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Ständige Impfkommission eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission gibt Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und zur Durchführung anderer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Paul-Ehrlich-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil. Weitere Vertreter von Bundesbehörden können daran teilnehmen. Die Empfehlungen der Kommission werden von dem Robert Koch-Institut den obersten Landesgesundheitsbehörden übermittelt und anschließend veröffentlicht.*

*(2a) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben sich insbesondere an folgenden Impfzielen auszurichten:*

1. *Reduktion schwerer oder tödlicher Krankheitsverläufe,*
2. *Unterbindung einer Transmission des Coronavirus SARS-CoV-2,*
3. *Schutz von Personen mit besonders hohem Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf,*
4. *Schutz von Personen mit besonders hohem behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingtem Infektionsrisiko,*
5. *Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, von Kritischen Infrastrukturen, von zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und des öffentlichen Lebens.*

*Die auf Grund des § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe f sowie des § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a, auch in Verbindung mit Nummer 2, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Rechtsverordnungen haben sich an den in Satz*

*1 genannten Impfzielen im Fall beschränkter Verfügbarkeit von Impfstoffen bei notwendigen Priorisierungen auszurichten.*

Eine Schutzimpfung verdient diesen Namen nur, wenn sie geeignet und bestimmt ist, Schutz vor Ansteckung und Erkrankung zu bieten. Eben hieran bestehen indes erhebliche Zweifel:

Zu § 20 Abs. 2a Nr. 1 IfSG: Es besteht keine Evidenz dafür, dass die COVID-Injektionen schwere oder tödliche Krankheitsverläufe reduzieren. Die hier vorgetragenen Quellen sprechen eher für einen umgekehrten Effekt. Ein Gesetz- oder Verordnungsgeber, der eine „Schutzimpfung" als Voraussetzung für die Teilnahme am gesellschaftlichen oder kulturellen Leben, ggf. sogar für das Verlassen der eigenen Wohnung für verpflichtend erklärt, muss indes den in § 20 Abs. 2a Nr. 1 IfSG geforderten reduzierenden Effekt einer „Schutzimpfung" unabweisbar belegen können.

Zu § 20 Abs. 2a Nr. 2 IfSG: Die COVID-Injektionen waren weder dafür zugelassen, die Transmission von SARS CoV-2 zu unterbinden, noch war im Zulassungsverfahren jemals überprüft worden, ob sie hierzu überhaupt in der Lage sind (oben IV. 7. d).

Zu § 20 Abs. 2a Nr. 3 IfSG: Die COVID-Injektionen schützen auch keine Personen mit besonders hohem Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf. Ganz im Gegenteil schwächen die COVID-Injektionen das Immunsystem und gefährden damit gerade vulnerable Patienten in ganz besonderem Maße, und zwar nicht nur bezüglich des Risikos, an COVID-19 zu erkranken, sondern auch bezüglich anderer Erkrankungen, gegen die ein intaktes Immunsystem an sich schützt.

Um das gesamte Risikoprofil der COVID-Injektionen zu illustrieren, sei erneut der bereits oben (IV. 7. c) erwähnte Pfizer-Risikobericht zitiert (Hervorhebungen nicht im Original; fehlende Leerzeichen im Original):

***„5.3.6 CUMULATIVE ANALYSIS OF POST-AUTHORIZATION ADVERSE EVENT REPORTS OF PF-07302048 (BNT162B2) RECEIVED THROUGH 28-FEB-2021***

***APPENDIX 1. LIST OF ADVERSE EVENTS OF SPECIAL INTEREST*** *1p36 deletion syndrome;2-Hydroxyglutaric aciduria;5'nucleotidase increased;Acoustic neuritis;Acquired C1 inhibitor deficiency;Acquired epidermolysis bullosa;Acquired epileptic aphasia;Acute cutaneous lupus erythematosus;Acute disseminated encephalomyelitis;Acute encephalitis with refractory, repetitive partial seizures;Acute febrile neutrophilic dermatosis;Acute flaccid myelitis;Acute haemorrhagic leukoencephalitis;Acute haemorrhagic oedema of infancy;Acute kidney injury;Acute macular outer retinopathy;Acute motor axonal neuropathy;Acute motor-sensory axonal neuropathy;**Acute myocardial infarction;Acute respiratory distress syndrome;Acute respiratory failure***;Addison's disease;Administration site thrombosis;Administration site vasculitis;Adrenal thrombosis;**Adverse event following***

***immunisation***;*Ageusia;Agranulocytosis;Air embolism;Alanine aminotransferase abnormal;Alanine aminotransferase increased;Alcoholic seizure;Allergic bronchopulmonary mycosis;Allergic oedema;Alloimmune hepatitis;Alopecia areata;Alpers*

*disease;Alveolar proteinosis;Ammonia abnormal;Ammonia increased;Amniotic cavity infection;Amygdalohippocampectomy;Amyloid arthropathy;Amyloidosis;Amyloidosis senile;Anaphylactic reaction;***Anaphylactic shock***;Anaphylactic transfusion reaction;Anaphylactoid reaction;Anaphylactoid shock;Anaphylactoid syndrome of pregnancy;Angioedema;Angiopathic neuropathy;Ankylosing spondylitis;Anosmia;Antiacetylcholine receptor antibody positive;Anti-actin antibody positive;Anti-aquaporin-4 antibody positive;Anti-basal ganglia antibody positive;Anti-cyclic citrullinated peptide antibody positive;Anti-epithelial antibody positive;Anti-erythrocyte antibody positive;Anti-exosome complex antibody positive;AntiGAD antibody negative;Anti-GAD antibody positive;Anti-ganglioside antibody positive;Antigliadin antibody positive;Anti-glomerular basement membrane antibody positive;Anti-glomerular basement membrane disease;Anti-glycyl-tRNA synthetase antibody positive;Anti-HLA antibody test positive;Anti-IA2 antibody positive;Anti-insulin antibody increased;Anti-insulin antibody positive;Anti-insulin receptor antibody increased;Antiinsulin receptor antibody positive;Anti-interferon antibody negative;Anti-interferon antibody positive;Anti-islet cell antibody positive;Antimitochondrial antibody positive;Anti-muscle specific kinase antibody positive;Anti-myelin-associated glycoprotein antibodies positive;Anti-myelin-associated glycoprotein associated polyneuropathy;Antimyocardial antibody positive;Anti-neuronal antibody positive;Antineutrophil cytoplasmic antibody increased;Antineutrophil cytoplasmic antibody positive;Anti-neutrophil cytoplasmic antibody positive vasculitis;Anti-NMDA antibody positive;Antinuclear antibody increased;Antinuclear antibody positive;Antiphospholipid antibodies positive;Antiphospholipid syndrome;Anti-platelet antibody positive;Anti-prothrombin antibody positive;Antiribosomal P antibody positive;Anti-RNA polymerase III antibody positive;Anti-saccharomyces cerevisiae antibody test positive;Anti-sperm antibody positive;Anti-SRP antibody positive;Antisynthetase syndrome;Anti-thyroid antibody positive;Anti-transglutaminase antibody increased;Anti-VGCC antibody positive;AntiVGKC antibody positive;Anti-vimentin antibody positive;Antiviral prophylaxis;Antiviral treatment;Anti-zinc transporter 8 antibody positive;Aortic embolus;Aortic thrombosis;Aortitis;Aplasia pure red cell;Aplastic anaemia;Application site thrombosis;Application site vasculitis;Arrhythmia;Arterial bypass occlusion;Arterial bypass thrombosis;Arterial thrombosis;Arteriovenous fistula thrombosis;Arteriovenous graft site stenosis;Arteriovenous graft thrombosis;Arteritis;Arteritis coronary;Arthralgia;Arthritis;Arthritis enteropathic;Ascites;Aseptic cavernous sinus thrombosis;Aspartate aminotransferase abnormal;Aspartate aminotransferase increased;Aspartate-glutamate-transporter deficiency;AST to platelet ratio index increased;AST/ALT ratio abnormal;Asthma;***Asymptomatic COVID19;***Ataxia;Atheroembolism;Atonic seizures;Atrial thrombosis;Atrophic thyroiditis;Atypical benign partial epilepsy;Atypical pneumonia;Aura;Autoantibody positive;***Autoimmune anaemia;Autoimmune aplastic anaemia;Autoimmune arthritis;Autoimmune blistering disease;Autoimmune cholangitis;Autoimmune colitis;Autoimmune demyelinating disease;Autoimmune dermatitis;Autoimmune disorder;Autoimmune encephalopathy;Autoimmune endocrine disorder;Autoimmune enteropathy;Autoimmune eye disorder;Autoimmune haemolytic anaemia;Autoimmune heparin-induced thrombocytopenia;Autoimmune hepatitis;Autoimmune hyperlipidaemia;Autoimmune hypothyroidism;Autoimmune inner ear disease;Autoimmune lung***

***disease;Autoimmune lymphoproliferative syndrome;Autoimmune myocarditis;Autoimmune myositis;Autoimmune nephritis;Autoimmune neuropathy;Autoimmune neutropenia;Autoimmune pancreatitis;Autoimmune pancytopenia;Autoimmune pericarditis;Autoimmune retinopathy;Autoimmune thyroid disorder;Autoimmune thyroiditis;Autoimmune uveitis****;Autoinflammation with infantile enterocolitis;Autoinflammatory disease;Automatism epileptic;Autonomic nervous system imbalance;Autonomic seizure;Axial spondyloarthritis;Axillary vein thrombosis;Axonal and demyelinating polyneuropathy;Axonal neuropathy;Bacterascites;Baltic myoclonic epilepsy;Band sensation;Basedow's disease;Basilar artery thrombosis;Basophilopenia;B-cell aplasia;Behcet's syndrome;Benign ethnic neutropenia;Benign familial neonatal convulsions;Benign familial pemphigus;Benign rolandic epilepsy;Beta-2 glycoprotein antibody positive;Bickerstaff's encephalitis;Bile output abnormal;Bile output decreased;Biliary ascites;Bilirubin conjugated abnormal;Bilirubin conjugated increased;Bilirubin urine present;**Biopsy liver abnormal**;Biotinidase deficiency;Birdshot chorioretinopathy;Blood alkaline phosphatase abnormal;Blood alkaline phosphatase increased;Blood bilirubin abnormal;Blood bilirubin increased;Blood bilirubin unconjugated increased;Blood cholinesterase abnormal;Blood cholinesterase decreased;**Blood pressure decreased;Blood pressure diastolic decreased;Blood pressure systolic decreased**;Blue toe syndrome;Brachiocephalic vein thrombosis;Brain stem embolism;Brain stem thrombosis;Bromosulphthalein test abnormal;**Bronchial oedema;Bronchitis;Bronchitis mycoplasmal;Bronchitis viral;Bronchopulmonary aspergillosis allergic;Bronchospasm**;BuddChiari syndrome;Bulbar palsy;Butterfly rash;C1q nephropathy;Caesarean section;Calcium embolism;Capillaritis;Caplan's syndrome;**Cardiac amyloidosis;Cardiac arrest;Cardiac failure;Cardiac failure acute;Cardiac sarcoidosis;Cardiac ventricular thrombosis;Cardiogenic shock;Cardiolipin antibody positive;Cardiopulmonary failure;Cardio-respiratory arrest;Cardio-respiratory distress;Cardiovascular insufficiency;Carotid arterial embolus;Carotid artery thrombosis**;Cataplexy;Catheter site thrombosis;Catheter site vasculitis;Cavernous sinus thrombosis;CDKL5 deficiency disorder;CEC syndrome;Cement embolism;**Central nervous system lupus;Central nervous system vasculitis;Cerebellar artery thrombosis;Cerebellar embolism;Cerebral amyloid angiopathy;Cerebral arteritis;Cerebral artery embolism;Cerebral artery thrombosis;Cerebral gas embolism;Cerebral microembolism;Cerebral septic infarct;Cerebral thrombosis;Cerebral venous sinus thrombosis;Cerebral venous thrombosis;Cerebrospinal thrombotic tamponade;Cerebrovascular accident**;Change in seizure presentation;Chest discomfort;ChildPugh-Turcotte score abnormal;Child-Pugh-Turcotte score increased;Chillblains;Choking;Choking sensation;Cholangitis sclerosing;Chronic autoimmune glomerulonephritis;Chronic cutaneous lupus erythematosus;**Chronic fatigue syndrome**;Chronic gastritis;Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy;Chronic lymphocytic inflammation with pontine perivascular enhancement responsive to steroids;Chronic recurrent multifocal osteomyelitis;Chronic respiratory failure;Chronic spontaneous urticaria;Circulatory collapse;Circumoral oedema;Circumoral swelling;Clinically isolated syndrome;Clonic convulsion;Coeliac disease;Cogan's syndrome;Cold agglutinins positive;Cold type haemolytic anaemia;Colitis;Colitis erosive;Colitis herpes;Colitis*

*microscopic;Colitis ulcerative;Collagen disorder;Collagen-vascular disease;Complement factor abnormal;Complement factor C1 decreased;Complement factor C2 decreased;Complement factor C3 decreased;Complement factor C4 decreased;Complement factor decreased;Computerised tomogram liver abnormal;Concentric sclerosis;Congenital anomaly;Congenital bilateral perisylvian syndrome;Congenital herpes simplex infection;Congenital myasthenic syndrome;Congenital varicella infection;Congestive hepatopathy;Convulsion in childhood;Convulsions local;Convulsive threshold lowered;Coombs positive haemolytic anaemia;Coronary artery disease;Coronary artery embolism;Coronary artery thrombosis;Coronary bypass thrombosis;***Coronavirus infection***;***Coronavirus test***;***Coronavirus test negative;Coronavirus test positive***;Corpus callosotomy;Cough;Cough variant asthma;***COVID-19***;COVID-19 immunisation;***COVID-19 pneumonia***;COVID-19 prophylaxis;COVID-19 treatment;Cranial nerve disorder;Cranial nerve palsies multiple;Cranial nerve paralysis;CREST syndrome;Crohn's disease;Cryofibrinogenaemia;Cryoglobulinaemia;CSF oligoclonal band present;CSWS syndrome;Cutaneous amyloidosis;Cutaneous lupus erythematosus;Cutaneous sarcoidosis;Cutaneous vasculitis;Cyanosis;Cyclic neutropenia;Cystitis interstitial;Cytokine release syndrome;Cytokine storm;De novo purine synthesis inhibitors associated acute inflammatory syndrome;***Death neonatal***;Deep vein thrombosis;Deep vein thrombosis postoperative;Deficiency of bile secretion;***Deja vu***;Demyelinating polyneuropathy;Demyelination;Dermatitis;Dermatitis bullous;Dermatitis herpetiformis;Dermatomyositis;Device embolisation;Device related thrombosis;***Diabetes mellitus;Diabetic ketoacidosis***;Diabetic mastopathy;Dialysis amyloidosis;Dialysis membrane reaction;Diastolic hypotension;Diffuse vasculitis;Digital pitting scar;Disseminated intravascular coagulation;Disseminated intravascular coagulation in newborn;Disseminated neonatal herpes simplex;Disseminated varicella;***Disseminated varicella zoster vaccine virus infection;Disseminated varicella zoster virus infection***;DNA antibody positive;Double cortex syndrome;Double stranded DNA antibody positive;Dreamy state;Dressler's syndrome;Drop attacks;Drug withdrawal convulsions;Dyspnoea;Early infantile epileptic encephalopathy with burst-suppression;Eclampsia;Eczema herpeticum;Embolia cutis medicamentosa;***Embolic cerebellar infarction;Embolic cerebral infarction;Embolic pneumonia;Embolic stroke;Embolism;Embolism arterial;Embolism venous;Encephalitis***;Encephalitis allergic;Encephalitis autoimmune;Encephalitis brain stem;Encephalitis haemorrhagic;Encephalitis periaxialis diffusa;Encephalitis post immunisation;Encephalomyelitis;Encephalopathy;Endocrine disorder;Endocrine ophthalmopathy;Endotracheal intubation;Enteritis;Enteritis leukopenic;Enterobacter pneumonia;Enterocolitis;Enteropathic spondylitis;Eosinopenia;Eosinophilic fasciitis;Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis;Eosinophilic oesophagitis;Epidermolysis;Epilepsy;Epilepsy surgery;Epilepsy with myoclonic-atonic seizures;Epileptic aura;Epileptic psychosis;Erythema;Erythema induratum;Erythema multiforme;Erythema nodosum;Evans syndrome;Exanthema subitum;Expanded disability status scale score decreased;Expanded disability status scale score increased;Exposure to communicable disease;***Exposure to SARS-CoV-****2;Eye oedema;Eye pruritus;Eye swelling;Eyelid oedema;Face oedema;****Facial paralysis;Facial paresis***;Faciobrachial dystonic seizure;Fat embolism;Febrile convulsion;Febrile infection-related epilepsy syndrome;Febrile neutropenia;Felty's syndrome;Femoral*

*artery embolism;Fibrillary glomerulonephritis;Fibromyalgia;Flushing;Foaming at mouth;Focal cortical resection;Focal dyscognitive seizures;Foetal distress syndrome;***Foetal placental thrombosis***;Foetor hepaticus;Foreign body embolism;Frontal lobe epilepsy;***Fulminant type 1 diabetes mellitus***;Galactose elimination capacity test abnormal;Galactose elimination capacity test decreased;Gamma-glutamyltransferase abnormal;Gamma-glutamyltransferase increased;Gastritis herpes;Gastrointestinal amyloidosis;Gelastic seizure;Generalised onset non-motor seizure;Generalised tonic-clonic seizure;Genital herpes;Genital herpes simplex;Genital herpes zoster;Giant cell arteritis;Glomerulonephritis;Glomerulonephritis membranoproliferative;Glomerulonephritis membranous;***Glomerulonephritis rapidly progressive***;Glossopharyngeal nerve paralysis;Glucose transporter type 1 deficiency syndrome;Glutamate dehydrogenase increased;Glycocholic acid increased;GM2 gangliosidosis;Goodpasture's syndrome;Graft thrombosis;Granulocytopenia;Granulocytopenia neonatal;Granulomatosis with polyangiitis;Granulomatous dermatitis;Grey matter heterotopia;Guanase increased;GuillainBarre syndrome;Haemolytic anaemia;Haemophagocytic lymphohistiocytosis;Haemorrhage;Haemorrhagic ascites;Haemorrhagic disorder;***Haemorrhagic pneumonia***;Haemorrhagic varicella syndrome;Haemorrhagic vasculitis;***Hantavirus pulmonary infection***;Hashimoto's encephalopathy;Hashitoxicosis;Hemimegalencephaly;Henoch-Schonlein purpura;HenochSchonlein purpura nephritis;Hepaplastin abnormal;Hepaplastin decreased;Heparin-induced thrombocytopenia;***Hepatic amyloidosis;Hepatic artery embolism;Hepatic artery flow decreased;Hepatic artery thrombosis;Hepatic enzyme abnormal;Hepatic enzyme decreased;Hepatic enzyme increased;Hepatic fibrosis marker abnormal;Hepatic fibrosis marker increased;Hepatic function abnormal;Hepatic hydrothorax;Hepatic hypertrophy;Hepatic hypoperfusion;Hepatic lymphocytic infiltration;Hepatic mass;Hepatic pain;Hepatic sequestration;Hepatic vascular resistance increased;Hepatic vascular thrombosis;Hepatic vein embolism;Hepatic vein thrombosis;Hepatic venous pressure gradient abnormal;Hepatic venous pressure gradient increased;Hepatitis***;Hepatobiliary scan abnormal;Hepatomegaly;Hepatosplenomegaly;Hereditary angioedema with C1 esterase inhibitor deficiency;Herpes dermatitis;Herpes gestationis;Herpes oesophagitis;Herpes ophthalmic;Herpes pharyngitis;Herpes sepsis;Herpes simplex;Herpes simplex cervicitis;Herpes simplex colitis;Herpes simplex encephalitis;Herpes simplex gastritis;Herpes simplex hepatitis;Herpes simplex meningitis;Herpes simplex meningoencephalitis;Herpes simplex meningomyelitis;Herpes simplex necrotising retinopathy;Herpes simplex oesophagitis;Herpes simplex otitis externa;Herpes simplex pharyngitis;Herpes simplex pneumonia;Herpes simplex reactivation;***Herpes simplex sepsis;Herpes simplex viraemia;Herpes simplex virus conjunctivitis neonatal;Herpes simplex visceral;Herpes virus infection;Herpes zoster;Herpes zoster cutaneous disseminated;Herpes zoster infection neurological;Herpes zoster meningitis;Herpes zoster meningoencephalitis;Herpes zoster meningomyelitis;Herpes zoster meningoradiculitis;Herpes zoster necrotising retinopathy;Herpes zoster oticus;Herpes zoster pharyngitis;Herpes zoster reactivation;Herpetic radiculopathy;Histone antibody positive;Hoigne's syndrome;Human herpesvirus 6 encephalitis;Human herpesvirus 6 infection;Human herpesvirus 6 infection***

***reactivation;Human herpesvirus 7 infection;Human herpesvirus 8 infection****;Hyperammonaemia;Hyperbilirubinaemia;Hypercholia;Hypergammaglobulinaemia benign monoclonal;Hyperglycaemic seizure;Hypersensitivity;Hypersensitivity vasculitis;Hyperthyroidism;Hypertransaminasaemia;Hyperventilation;Hypoalbuminaemia;Hypocalcaemic seizure;Hypogammaglobulinaemia;Hypoglossal nerve paralysis;Hypoglossal nerve paresis;Hypoglycaemic seizure;Hyponatraemic seizure;Hypotension;Hypotensive crisis;Hypothenar hammer syndrome;Hypothyroidism;Hypoxia;Idiopathic CD4 lymphocytopenia;Idiopathic generalised epilepsy;Idiopathic interstitial pneumonia;Idiopathic neutropenia;Idiopathic pulmonary fibrosis;IgA nephropathy;IgM nephropathy;IIIrd nerve paralysis;IIIrd nerve paresis;Iliac artery embolism;Immune thrombocytopenia;**Immunemediated adverse reaction;***Immune-mediated cholangitis;Immune-mediated cholestasis;Immune-mediated cytopenia;Immune-mediated encephalitis;Immune-mediated encephalopathy;Immune-mediated endocrinopathy;Immune-mediated enterocolitis;Immunemediated gastritis;Immune-mediated hepatic disorder;Immune-mediated hepatitis;Immunemediated hyperthyroidism;Immune-mediated hypothyroidism;Immune-mediated myocarditis;Immune-mediated myositis;Immune-mediated nephritis;Immune-mediated neuropathy;Immune-mediated pancreatitis;Immune-mediated pneumonitis;Immune-mediated renal disorder;Immune-mediated thyroiditis;Immune-mediated uveitis;Immunoglobulin G4 related disease;Immunoglobulins abnormal;Implant site thrombosis;Inclusion body myositis;Infantile genetic agranulocytosis;Infantile spasms;Infected vasculitis;Infective thrombosis;Inflammation;Inflammatory bowel disease;Infusion site thrombosis;Infusion site vasculitis;Injection site thrombosis;Injection site urticaria;Injection site vasculitis;Instillation site thrombosis;Insulin autoimmune syndrome;Interstitial granulomatous dermatitis;Interstitial lung disease;Intracardiac mass;Intracardiac thrombus;Intracranial pressure increased;Intrapericardial thrombosis;Intrinsic factor antibody abnormal;Intrinsic factor antibody positive;IPEX syndrome;Irregular breathing;IRVAN syndrome;IVth nerve paralysis;IVth nerve paresis;JC polyomavirus test positive;JC virus CSF test positive;Jeavons syndrome;Jugular vein embolism;Jugular vein thrombosis;Juvenile idiopathic arthritis;Juvenile myoclonic epilepsy;Juvenile polymyositis;Juvenile psoriatic arthritis;Juvenile spondyloarthritis;Kaposi sarcoma inflammatory cytokine syndrome;**Kawasaki's disease;***Kayser-Fleischer ring;Keratoderma blenorrhagica;Ketosisprone diabetes mellitus;Kounis syndrome;Lafora's myoclonic epilepsy;Lambl's excrescences;Laryngeal dyspnoea;Laryngeal oedema;Laryngeal rheumatoid arthritis;Laryngospasm;Laryngotracheal oedema;Latent autoimmune diabetes in adults;LE cells present;Lemierre syndrome;Lennox-Gastaut syndrome;Leucine aminopeptidase increased;Leukoencephalomyelitis;Leukoencephalopathy;**Leukopenia;Leukopenia neonatal***;Lewis-Sumner syndrome;Lhermitte's sign;Lichen planopilaris;Lichen planus;Lichen sclerosus;Limbic encephalitis;Linear IgA disease;Lip oedema;Lip swelling;Liver function test abnormal;Liver function test decreased;Liver function test increased;Liver induration;**Liver injury;***Liver iron concentration abnormal;Liver iron concentration increased;Liver opacity;Liver palpable;Liver sarcoidosis;Liver scan abnormal;Liver tenderness;Low birth weight baby;Lower respiratory tract herpes infection;Lower respiratory tract infection;Lower respiratory tract infection viral;Lung abscess;Lupoid hepatic cirrhosis;Lupus cystitis;Lupus encephalitis;Lupus*

*endocarditis;Lupus enteritis;Lupus hepatitis;Lupus myocarditis;Lupus myositis;Lupus nephritis;Lupus pancreatitis;Lupus pleurisy;Lupus pneumonitis;Lupus vasculitis;Lupus-like syndrome;Lymphocytic hypophysitis;Lymphocytopenia neonatal;Lymphopenia;MAGIC syndrome;Magnetic resonance imaging liver abnormal;Magnetic resonance proton density fat fraction measurement;Mahler sign;Manufacturing laboratory analytical testing issue;Manufacturing materials issue;Manufacturing production issue;Marburg's variant multiple sclerosis;Marchiafava-Bignami disease;Marine Lenhart syndrome;Mastocytic enterocolitis;Maternal exposure during pregnancy;Medical device site thrombosis;Medical device site vasculitis;MELAS syndrome;***Meningitis;****Meningitis aseptic;Meningitis herpes;Meningoencephalitis herpes simplex neonatal;Meningoencephalitis herpetic;Meningomyelitis herpes;MERS-CoV test;MERS-CoV test negative;MERS-CoV test positive;Mesangioproliferative glomerulonephritis;Mesenteric artery embolism;****Mesenteric artery thrombosis;Mesenteric vein thrombosis****;Metapneumovirus infection;Metastatic cutaneous Crohn's disease;Metastatic pulmonary embolism;Microangiopathy;Microembolism;Microscopic polyangiitis;Middle East respiratory syndrome;Migraine-triggered seizure;Miliary pneumonia;Miller Fisher syndrome;Mitochondrial aspartate aminotransferase increased;Mixed connective tissue disease;Model for end stage liver disease score abnormal;Model for end stage liver disease score increased;Molar ratio of total branched-chain amino acid to tyrosine;Molybdenum cofactor deficiency;Monocytopenia;Mononeuritis;Mononeuropathy multiplex;Morphoea;Morvan syndrome;Mouth swelling;Moyamoya disease;Multifocal motor neuropathy;Multiple organ dysfunction syndrome;Multiple sclerosis;Multiple sclerosis relapse;Multiple sclerosis relapse prophylaxis;Multiple subpial transection;Multisystem inflammatory syndrome in children;Muscular sarcoidosis;Myasthenia gravis;Myasthenia gravis crisis;Myasthenia gravis neonatal;Myasthenic syndrome;Myelitis;****Myelitis transverse;Myocardial infarction;Myocarditis;Myocarditis post infection;****Myoclonic epilepsy;Myoclonic epilepsy and ragged-red fibres;Myokymia;Myositis;Narcolepsy;Nasal herpes;Nasal obstruction;Necrotising herpetic retinopathy;Neonatal Crohn's disease;Neonatal epileptic seizure;Neonatal lupus erythematosus;Neonatal mucocutaneous herpes simplex;****Neonatal pneumonia****;Neonatal seizure;Nephritis;Nephrogenic systemic fibrosis;Neuralgic amyotrophy;Neuritis;Neuritis cranial;Neuromyelitis optica pseudo relapse;Neuromyelitis optica spectrum disorder;Neuromyotonia;Neuronal neuropathy;Neuropathy peripheral;Neuropathy, ataxia, retinitis pigmentosa syndrome;Neuropsychiatric lupus;Neurosarcoidosis;Neutropenia;Neutropenia neonatal;Neutropenic colitis;Neutropenic infection;Neutropenic sepsis;Nodular rash;Nodular vasculitis;Noninfectious myelitis;Noninfective encephalitis;Noninfective encephalomyelitis;Noninfective oophoritis;****Obstetrical pulmonary embolism****;Occupational exposure to communicable disease;Occupational exposure to SARS-CoV-2;Ocular hyperaemia;Ocular myasthenia;Ocular pemphigoid;Ocular sarcoidosis;Ocular vasculitis;Oculofacial paralysis;Oedema;Oedema blister;Oedema due to hepatic disease;Oedema mouth;Oesophageal achalasia;****Ophthalmic artery thrombosis;Ophthalmic herpes simplex;Ophthalmic herpes zoster****;Ophthalmic vein thrombosis;Optic neuritis;Optic neuropathy;Optic perineuritis;Oral herpes;Oral lichen planus;Oropharyngeal oedema;Oropharyngeal spasm;Oropharyngeal swelling;Osmotic demyelination syndrome;Ovarian vein thrombosis;Overlap syndrome;Paediatric*

*autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection;Paget-Schroetter syndrome;Palindromic rheumatism;Palisaded neutrophilic granulomatous dermatitis;Palmoplantar keratoderma;Palpable purpura;Pancreatitis;Panencephalitis;Papillophlebitis;Paracancerous pneumonia;Paradoxical embolism;***Parainfluenzae viral laryngotracheobronchitis****;Paraneoplastic dermatomyositis;Paraneoplastic pemphigus;Paraneoplastic thrombosis;Paresis cranial nerve;Parietal cell antibody positive;Paroxysmal nocturnal haemoglobinuria;Partial seizures;Partial seizures with secondary generalisation;Patient isolation;Pelvic venous thrombosis;Pemphigoid;Pemphigus;Penile vein thrombosis;Pericarditis;Pericarditis lupus;Perihepatic discomfort;Periorbital oedema;Periorbital swelling;Peripheral artery thrombosis;Peripheral embolism;Peripheral ischaemia;Peripheral vein thrombus extension;Periportal oedema;Peritoneal fluid protein abnormal;Peritoneal fluid protein decreased;Peritoneal fluid protein increased;Peritonitis lupus;Pernicious anaemia;Petit mal epilepsy;Pharyngeal oedema;Pharyngeal swelling;Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta;Placenta praevia;Pleuroparenchymal fibroelastosis;Pneumobilia;****Pneumonia;Pneumonia adenoviral;Pneumonia cytomegaloviral;Pneumonia herpes viral;Pneumonia influenzal;Pneumonia measles;Pneumonia mycoplasmal;Pneumonia necrotising;Pneumonia parainfluenzae viral;Pneumonia respiratory syncytial viral;Pneumonia viral****;POEMS syndrome;Polyarteritis nodosa;Polyarthritis;Polychondritis;Polyglandular autoimmune syndrome type I;Polyglandular autoimmune syndrome type II;Polyglandular autoimmune syndrome type III;Polyglandular disorder;Polymicrogyria;Polymyalgia rheumatica;Polymyositis;Polyneuropathy;Polyneuropathy idiopathic progressive;Portal pyaemia;Portal vein embolism;Portal vein flow decreased;Portal vein pressure increased;Portal vein thrombosis;Portosplenomesenteric venous thrombosis;Post procedural hypotension;Post procedural pneumonia;Post procedural pulmonary embolism;Post stroke epilepsy;Post stroke seizure;Post thrombotic retinopathy;Post thrombotic syndrome;Post viral fatigue syndrome;Postictal headache;Postictal paralysis;Postictal psychosis;Postictal state;Postoperative respiratory distress;Postoperative respiratory failure;Postoperative thrombosis;Postpartum thrombosis;Postpartum venous thrombosis;Postpericardiotomy syndrome;Post-traumatic epilepsy;Postural orthostatic tachycardia syndrome;Precerebral artery thrombosis;Pre-eclampsia;Preictal state;Premature labour;Premature menopause;Primary amyloidosis;Primary biliary cholangitis;Primary progressive multiple sclerosis;Procedural shock;Proctitis herpes;Proctitis ulcerative;Product availability issue;Product distribution issue;Product supply issue;Progressive facial hemiatrophy;Progressive multifocal leukoencephalopathy;Progressive multiple sclerosis;Progressive relapsing multiple sclerosis;Prosthetic cardiac valve thrombosis;Pruritus;Pruritus allergic;Pseudovasculitis;Psoriasis;Psoriatic arthropathy;****Pulmonary amyloidosis;Pulmonary artery thrombosis;Pulmonary embolism;Pulmonary fibrosis;Pulmonary haemorrhage;Pulmonary microemboli;Pulmonary oil microembolism;Pulmonary renal syndrome;Pulmonary sarcoidosis;Pulmonary sepsis;Pulmonary thrombosis;Pulmonary tumour thrombotic microangiopathy;Pulmonary vasculitis;Pulmonary veno-occlusive disease;Pulmonary venous thrombosis****;Pyoderma gangrenosum;Pyostomatitis vegetans;Pyrexia;Quarantine;Radiation leukopenia;Radiculitis brachial;Radiologically isolated syndrome;Rash;Rash*

*erythematous;Rash pruritic;Rasmussen encephalitis;Raynaud's phenomenon;Reactive capillary endothelial proliferation;Relapsing multiple sclerosis;Relapsing-remitting multiple sclerosis;Renal amyloidosis;Renal arteritis;Renal artery thrombosis;***Renal embolism;Renal failure***;Renal vascular thrombosis;Renal vasculitis;Renal vein embolism;Renal vein thrombosis;Respiratory arrest;Respiratory disorder;Respiratory distress;****Respiratory failure;Respiratory paralysis;Respiratory syncytial virus bronchiolitis;Respiratory syncytial virus bronchitis****;Retinal artery embolism;Retinal artery occlusion;Retinal artery thrombosis;Retinal vascular thrombosis;Retinal vasculitis;Retinal vein occlusion;Retinal vein thrombosis;Retinol binding protein decreased;Retinopathy;Retrograde portal vein flow;Retroperitoneal fibrosis;Reversible airways obstruction;Reynold's syndrome;Rheumatic brain disease;Rheumatic disorder;Rheumatoid arthritis;Rheumatoid factor increased;Rheumatoid factor positive;Rheumatoid factor quantitative increased;Rheumatoid lung;Rheumatoid neutrophilic dermatosis;Rheumatoid nodule;Rheumatoid nodule removal;Rheumatoid scleritis;Rheumatoid vasculitis;Saccadic eye movement;SAPHO syndrome;Sarcoidosis;****SARS-CoV-1 test;SARS-CoV-1 test negative;SARS-CoV-1 test positive;SARS-CoV-2 antibody test;SARS-CoV-2 antibody test negative;SARS-CoV-2 antibody test positive;SARS-CoV-2 carrier;SARS-CoV-2 sepsis;SARS-CoV-2 test;SARS-CoV-2 test false negative;SARS-CoV-2 test false positive;SARS-CoV-2 test negative;SARS-CoV-2 test positive;SARS-CoV-2 viraemia***;Satoyoshi syndrome;Schizencephaly;Scleritis;Sclerodactylia;Scleroderma;Scleroderma associated digital ulcer;Scleroderma renal crisis;Scleroderma-like reaction;Secondary amyloidosis;Secondary cerebellar degeneration;Secondary progressive multiple sclerosis;Segmented hyalinising vasculitis;Seizure;Seizure anoxic;Seizure cluster;Seizure like phenomena;Seizure prophylaxis;Sensation of foreign body;Septic embolus;Septic pulmonary embolism;Severe acute respiratory syndrome;Severe myoclonic epilepsy of infancy;Shock;Shock symptom;Shrinking lung syndrome;Shunt thrombosis;Silent thyroiditis;Simple partial seizures;Sjogren's syndrome;Skin swelling;SLE arthritis;Smooth muscle antibody positive;Sneezing;****Spinal artery embolism***;Spinal artery thrombosis;Splenic artery thrombosis;Splenic embolism;Splenic thrombosis;Splenic vein thrombosis;Spondylitis;Spondyloarthropathy;Spontaneous heparin-induced thrombocytopenia syndrome;Status epilepticus;Stevens-Johnson syndrome;Stiff leg syndrome;Stiff person syndrome;****Stillbirth***;Still's disease;Stoma site thrombosis;Stoma site vasculitis;Stress cardiomyopathy;Stridor;Subacute cutaneous lupus erythematosus;Subacute endocarditis;Subacute inflammatory demyelinating polyneuropathy;Subclavian artery embolism;Subclavian artery thrombosis;Subclavian vein thrombosis;****Sudden unexplained death in epilepsy***;Superior sagittal sinus thrombosis;Susac's syndrome;****Suspected COVID-19***;Swelling;Swelling face;Swelling of eyelid;Swollen tongue;Sympathetic ophthalmia;Systemic lupus erythematosus;Systemic lupus erythematosus disease activity index abnormal;Systemic lupus erythematosus disease activity index decreased;Systemic lupus erythematosus disease activity index increased;Systemic lupus erythematosus rash;Systemic scleroderma;Systemic sclerosis pulmonary;****Tachycardia;Tachypnoea***;Takayasu's arteritis;Temporal lobe epilepsy;Terminal ileitis;Testicular autoimmunity;Throat tightness;****Thromboangiitis obliterans;Thrombocytopenia;Thrombocytopenic***

***purpura;Thrombophlebitis;Thrombophlebitis migrans;Thrombophlebitis neonatal;Thrombophlebitis septic;Thrombophlebitis superficial;Thromboplastin antibody positive;Thrombosis;Thrombosis corpora cavernosa;Thrombosis in device;Thrombosis mesenteric vessel;Thrombotic cerebral infarction;Thrombotic microangiopathy;Thrombotic stroke****;Thrombotic thrombocytopenic purpura;Thyroid disorder;Thyroid stimulating immunoglobulin increased;****Thyroiditis****;Tongue amyloidosis;Tongue biting;Tongue oedema;Tonic clonic movements;Tonic convulsion;Tonic posturing;Topectomy;Total bile acids increased;Toxic epidermal necrolysis;Toxic leukoencephalopathy;Toxic oil syndrome;Tracheal obstruction;Tracheal oedema;****Tracheobronchitis;Tracheobronchitis mycoplasmal;Tracheobronchitis viral****;Transaminases abnormal;Transaminases increased;Transfusion-related alloimmune neutropenia;Transient epileptic amnesia;Transverse sinus thrombosis;****Trigeminal nerve paresis****;Trigeminal neuralgia;Trigeminal palsy;Truncus coeliacus thrombosis;Tuberous sclerosis complex;Tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome;Tumefactive multiple sclerosis;Tumour embolism;Tumour thrombosis;****Type 1 diabetes mellitus;****Type I hypersensitivity;Type III immune complex mediated reaction;Uhthoff's phenomenon;Ulcerative keratitis;Ultrasound liver abnormal;Umbilical cord thrombosis;Uncinate fits;Undifferentiated connective tissue disease;Upper airway obstruction;Urine bilirubin increased;Urobilinogen urine decreased;Urobilinogen urine increased;Urticaria;Urticaria papular;Urticarial vasculitis;Uterine rupture;Uveitis;****Vaccination site thrombosis;Vaccination site vasculitis****;Vagus nerve paralysis;Varicella;Varicella keratitis;Varicella post vaccine;Varicella zoster gastritis;Varicella zoster oesophagitis;Varicella zoster pneumonia;Varicella zoster sepsis;Varicella zoster virus infection;Vasa praevia;Vascular graft thrombosis;Vascular pseudoaneurysm thrombosis;Vascular purpura;Vascular stent thrombosis;Vasculitic rash;Vasculitic ulcer;Vasculitis;Vasculitis gastrointestinal;Vasculitis necrotising;Vena cava embolism;Vena cava thrombosis;Venous intravasation;Venous recanalisation;Venous thrombosis;Venous thrombosis in pregnancy;Venous thrombosis limb;****Venous thrombosis neonatal****;Vertebral artery thrombosis;Vessel puncture site thrombosis;Visceral venous thrombosis;VIth nerve paralysis;VIth nerve paresis;Vitiligo;Vocal cord paralysis;Vocal cord paresis;Vogt-Koyanagi-Harada disease;Warm type haemolytic anaemia;Wheezing;White nipple sign;XIth nerve paralysis;X-ray hepatobiliary abnormal;Young's syndrome;Zika virus associated Guillain Barre syndrome.*

Quelle: https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf, Seite 30ff, Anlage 7.

Unter normalen Umständen böte ein solcher Risikobericht einen zwingenden Anlass, ein Arzneimittel sofort vom Markt zu nehmen.

Zu § 20 Abs. 2a Nr. 4 IfSG: Die COVID-Injektionen schützen auch keine Personen mit besonders hohem behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingtem Infektionsrisiko. Denn sie dienen, wie gezeigt, nicht dem Fremdschutz. Außerdem kann COVID-19 sogar als Nebenwirkung nach Empfang einer COVID-Injektion auftreten. Dazu erneut der Pfizer-Risikobericht (Hervorhebung nicht im Original):

**Table 7. AESIs Evaluation for BNT162b2**

| AESIs[a] Category | Post-Marketing Cases Evaluation[b] Total Number of Cases (N=42086) |
|---|---|
| | • Relevant event outcome[g]: fatal (136), resolved/resolving (767), resolved with sequelae (21), not resolved (140) and unknown (380);<br><br>Conclusion: This cumulative case review does not raise new safety issues. Surveillance will continue |
| **COVID-19 AESIs**<br>*Search criteria: Covid-19 SMQ (Narrow and Broad) OR PTs Ageusia; Anosmia* | • Number of cases: 3067 (7.3% of the total PM dataset), of which 1013 are medically confirmed and 2054 are non-medically confirmed;<br>• Country of incidence: US (1272), UK (609), Germany (360), France (161), Italy (94), Spain (69), Romania (62), Portugal (51), Poland (50), Mexico (43), Belgium (42), Israel (41), Sweden (30), Austria (27), Greece (24), Denmark (18), Czech Republic and Hungary (17 each), Canada (12), Ireland (11), Slovakia (9), Latvia and United Arab Emirates (6 each); the remaining 36 cases were distributed among 16 other different countries; |

Quelle: https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf, Seite 17.

Zu § 20 Abs. 2a Nr. 5 IfSG: Die COVID-Injektionen tragen nicht dazu bei, dass die Aufrechterhaltung zentraler staatlicher Funktionen, von Kritischen Infrastrukturen, von zentralen Bereichen der Daseinsvorsorge und des öffentlichen Lebens gesichert ist. Denn das war sie, wie ausführlich dargelegt werden konnte, auch ohne COVID-Injektionen: Die Pandemie-Erzählung hat keinerlei Spiegelung im offiziell dokumentierten Erkrankungs- und Hospitalisierungsgeschehen gefunden.

Die COVID-„Impfung“ erfüllt also keines der oben aufgeführten Impfziele und ist somit nicht als „Schutzimpfung“ im Sinne von §20 IfSG zu qualifizieren. Im hier interessierenden Zusammenhang bedeutet dies, dass die COVID-Injektionen nicht als ein Faktor angesehen werden können, der zur Reduktion von Krankheits- oder Todeszahlen in irgendeiner Weise günstig beeinflusst hat. Eher muss davon ausgegangen werden, dass Deutschland im Allgemeinen und Sachsen im Besonderen ohne die COVID-Injektionen besser gefahren wäre. Dann aber verbietet sich die Annahme, der Anstieg der Krankheits- und Sterbefälle nach dem Wegfall der Maßnahmen sei durch eben diesen Wegfall bedingt. Viel näher liegt die Annahme, dass die COVID-Injektionen ihrerseits einen signifikanten Beitrag zu eben diesem Anstieg geleistet haben.

Zugleich bedeuten die vorstehenden Erkenntnisse mit Blick auf die Begründetheit des hier streitgegenständlichen Normenkontrollantrags, dass ein 2G-Nachweis niemals zur Voraussetzung für soziale und kulturelle Teilhabe hätte erhoben werden dürfen.

## f) Nachholeffekte wegen Lockdown-bedingter Unterforderung des Immunsystems

Das beträchtliche Anwachsen des Erkrankungsgeschehens nach dem Wegfall der Corona-Maßnahmen kann auch damit zu tun haben, dass Kinder während der Schulschließungen und der Abstandsregeln davon abgehalten wurden, ihr noch fragiles Immunsystem durch den Kontakt mit anderen Kindern weiter zu trainieren, und sich dies durch eine deutliche Zunahme von Atemwegserkrankungen nach Wegfall der Maßnahmen rächte. Diese sog. Nachholeffekte gehören zu den Kollateralschäden der Lockdown-Maßnahmen.

Das Mitglied des Expertenrats der Bundesregierung, Prof. Dr. Reinhard Berner, äußerte sich am 5.12.2023 ausführlich zu den dramatischen Wirkungen der Corona-Maßnahmen auf Kinder und Säuglinge. Er wird zunächst wie folgt vorgestellt:

*„Prof. Dr. Reinhard Berner ist ein renommierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und leitet die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden. Prof. Dr. Berner ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI), der Sächsisch Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).Seit 2021 ist er zudem Mitglied des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 und im Expertenbeirat der pandemischen Atemwegsinfektionen am Robert-Koch-Institut (RKI).“*

Quelle: https://www.medpertise.de/respiratory-syncytial-virus/interview/rs-virus-impfstoffe-prof-berner/.

In der Sache führt er Folgendes aus (Hervorhebungen nicht im Original):

*„In der Wintersaison 22/23 gab es eine Welle von vielen Erkrankungen. Die Kliniken waren teilweise mit der Behandlung überlastet. Wie ist es dazu gekommen und hat Covid-19 dabei eine Rolle gespielt?*

***Prof. Berner:** Das hat etwas mit dem Immunsystem des Kindes grundsätzlich zu tun. Jeden Winter ist das Immunsystem der Kinder zahlreichen Erregern von Atemwegsinfektionen ausgesetzt, zu denen auch das RS-Virus gehört. **Durch die verschiedenen Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie, sei es Mundschutz, Besuchsbeschränkungen, Schließung von Krippen und Kindergärten oder Einschränkung des Kontakts mit anderen Kindern und Erwachsenen in der Familie, wurde der Kontakt mit dem RS-Virus während der Pandemie erheblich eingeschränkt. Dadurch hatten diese Kinder keine Gelegenheit, sich mit dem RS-Virus auseinanderzusetzen und eine gewisse Immunität aufzubauen.***

*Tatsächlich hatten wir in den Kliniken in den Wintern der Pandemie auch festgestellt, dass nur sehr wenige Kinder eine RS-Infektion durchgemacht hatten. Das bedeutet, dass mehrere aufeinander folgende Jahrgänge von Kindern keine ausreichende Immunität gegen das Virus entwickeln konnten. **Als im letzten Winter die***

***Pandemieschutzmaßnahmen weitgehend aufgehoben wurden und der Austausch wieder zunahm, waren nun nicht nur die Säuglinge im ersten Lebensjahr betroffen, die normalerweise jedes Jahr zum ersten Mal mit dem Virus in Kontakt kommen, sondern auch die Säuglinge aus dem Jahr davor und sogar eine Generation weiter zurück.***

***Auch die älteren Kinder hatten sich nicht erneut mit dem RS-Virus angesteckt, was üblicherweise passiert und das Immunsystem trainiert****. Es gab also mehrere Generationen von Kindern, die keine ausreichende Immunität entwickeln konnten. Dies* ***führte zu einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber dem Virus.*** *Die größere Anzahl von Kindern, die sich gleichzeitig infizierten, sowie der verstärkte Austausch und die Reproduktion in verschiedenen Altersgruppen von Kindern führten dazu, dass das Virus im letzten Winter eine große Anzahl von Kindern infizierte.*

*Betroffen waren daher nicht nur die ganz kleinen Säuglinge, sondern eben auch Kinder im Alter von zwei, drei oder vier Jahren, die sich sonst zwar oft ein zweites Mal infizieren,* ***aber eben normalerweise nicht mehr mit einer RSV-Infektion in die Klinik kommen****. Diese Kinder hatten nun ebenso zum ersten Mal mit dem Virus zu kämpfen wie ihre jüngeren Geschwister.* ***Viele auch der älteren Kinder erlitten schwerere Infektionen****.* ***Insgesamt ist die Zahl der erkrankten Kinder im vergangenen Winter im Vergleich zu den Vorjahren deutlich angestiegen****. Die Zahl der Kinder,* ***die stationär behandelt werden mussten, stieg sowohl prozentual als auch absolut, was die Kinderarztpraxen, aber insbesondere auch die Kliniken an die Belastungsgrenze brachte****."*

Quelle: https://www.medpertise.de/respiratory-syncytial-virus/interview/rs-virus-impfstoffe-prof-berner/.

Lockdown-Maßnahmen schädigen also das menschliche Immunsystem. Dazu passend übte Thomas Fischbach, früherer Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, jüngst scharfe Kritik an den Corona-Maßnahmen, die seinerzeit gegen Kinder und Jugendliche verhängt worden waren. Der Bayerische Rundfunk berichtete am 25.1.2024:

*„Der frühere Kinderärzte-Präsident Fischbach ist hart mit den Anti-Corona-Maßnahmen während der Pandemie ins Gericht gegangen. Viele Studien zeigten, dass zum Beispiel Schulschließungen Kindern und Jugendlichen ihre Entwicklungsmöglichkeiten teils unwiederbringlich genommen hätten, sagte er der ‚Neuen Osnabrücker Zeitung'. Deutschland stehe vor einem Scherbenhaufen von Verhaltensstörungen, Depressionen oder Fettleibigkeit. Politiker wie Bundesgesundheitsminister Lauterbach hätten nur auf handverlesene Experten aus Virologie und Mobilitätsforschung gehört. Kinderärzte und -psychiater oder Sozialwissenschaftler habe man kaum zu Wort kommen lassen. Kritische Wissenschaftler seien ‚abgemeiert' und oft nicht gehört worden."*

Quelle: https://www.br.de/nachrichten/meldung/frueherer-kinderaerztechef-rechnet-mit-corona-politik-ab,30062b8bb.

Vernichtender könnte die Kritik an diesen Maßnahmen kaum ausfallen. Wir halten also fest: Einen Teil des Erkrankungsgeschehens nach Wegfall der Maßnahmen müssen wir direkt auf diese Maßnahmen zurückführen.

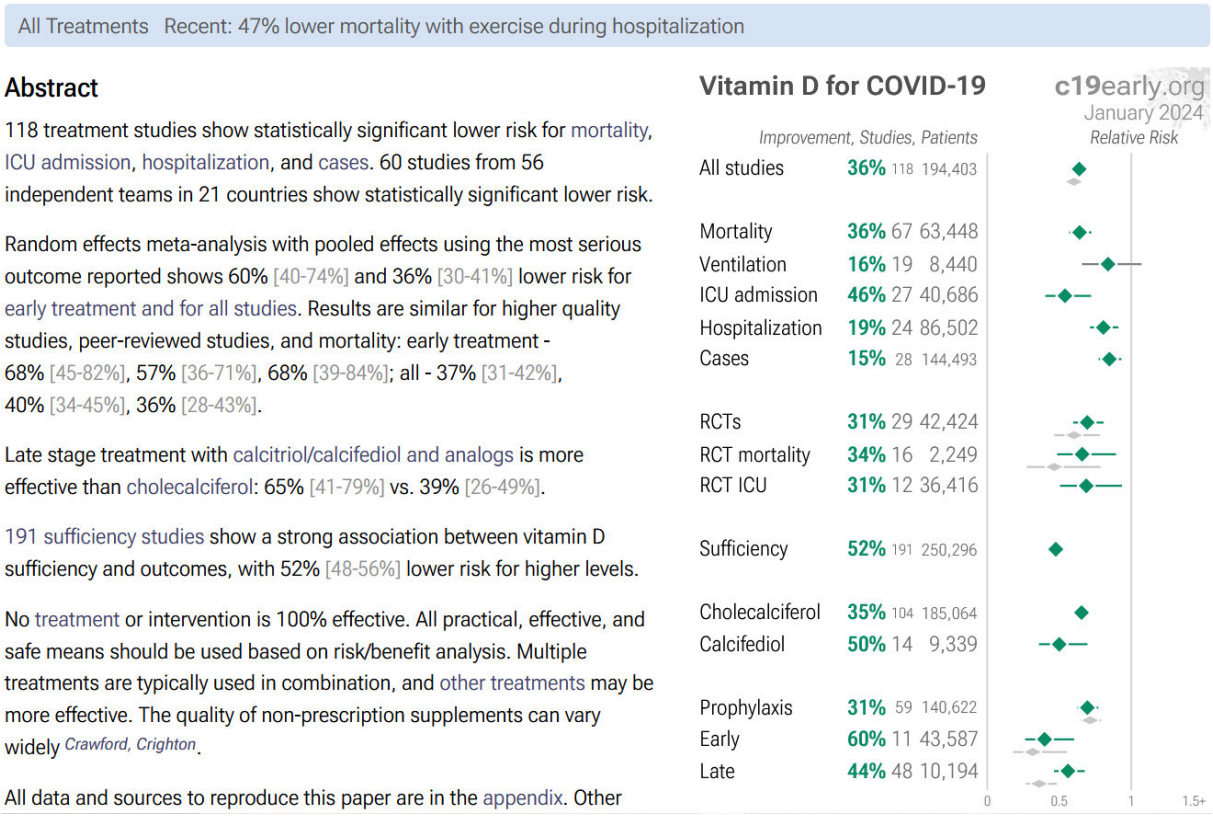
## g) Vitamin D als kostengünstige und effektive Maßnahme

Dass es anstelle von im günstigsten Fall wirkungslosen, im schlimmsten Fall gesundheitsschädlichen Maßnahmen auch effektive und kostengünstige Präventionsmöglichkeiten gab, beweist eindrucksvoll die folgende Internetseite:

*„Vitamin D for COVID-19: real-time meta analysis of 309 studies (118 treatment studies and 191 sufficiency studies) @CovidAnalysis, Jan 29, 2024, Version 268“* https://c19early.org/dmeta.html.

Diese Seite enthält eine Auswertung von insgesamt 309 Studien zu Vitamin D. Diese Auswertung zeigt eine statistisch signifikante und sehr deutliche Reduktion des Sterbegeschehens sowie des Erkrankungsgeschehens, letzteres in allen Kategorien: Erkrankungsfälle, Hospitalisierungsrate, Anteil der intensivmedizinisch behandlungspflichtigen Fälle.

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht, was evidenzbasiert ausreichende Vitamin D-Gaben erreichen:




Es konnte also bei der Auswertung aller Studien in allen Bereichen eine deutliche Verbesserung durch ausreichende Vitamin-D-Gaben festgestellt werden, zum Beispiel eine beeindruckende Senkung der Mortalität um 36% und der Intensivpflicht um 46%. Den politisch Verantwortlichen ist der Vorwurf zu machen, dass diese Form der

Immunprävention trotz eindeutiger wissenschaftlicher Evidenz nicht einmal im Ansatz erwogen wurde.

### h) Psychoneuroimmunologie

Stattdessen wurde die Bevölkerung in Angst und Panik versetzt (dazu noch näher unten IV. 8. a-c). Diese Art der Risikokommunikation ist ihrerseits nicht ohne Wirkung auf das menschliche Immunsystem geblieben. Die immunsupprimierende Wirkung von Angst ist Gegenstand des Forschungsfeldes der Psychoneuroimmunologie. Wir zitieren das Deutsche Ärzteblatt aus dem Februar 2003 wie folgt:

*„Akute Atemwegsinfektionen häufig bei psychischem Stress*

*Unbestritten ist heute, dass sowohl akuter als auch chronischer psychischer und körperlicher Stress, die Funktionen der Immunabwehr beeinflussen. Auf einen Nenner gebracht bedeutet dies, die Infektionsanfälligkeit durch Stress. Retrospektive epidemiologische Studien belegen, dass Patienten mit häufigen akuten Infektionen der oberen Atemwege unter starken psychischen Belastungen stehen. Experimentelle virologische Studien haben gezeigt, dass psychische Belastungen die Anfälligkeit gegenüber Krankheitserregern erhöhen. Erwiesen ist auch, dass chronischer Stress die Konzentration von sekretorischem Immunglobulin A im Speichel senkt. Emotionale und mentale Belastungen bewirken eine vermehrte Freisetzung von Neurotransmittern und Hormonen. Über Rezeptoren an Lymphozyten können so stressbedingte Veränderungen immunologischer Funktionen induziert werden.“*

Quelle: https://www.aerzteblatt.de/archiv/35552/Psychoneuroimmunologie-Stress-erhoeht-Infektanfaelligkeit.

Die Regierungen und die Medien haben somit alleine durch die erzeugte Angstpropaganda ganz bewusst das Immunsystem der Bevölkerung geschwächt – und das im Angesicht der Tatsache, dass das Erkrankungs- und Sterbegeschehen niemals objektiv auch nur den geringsten Anlass für eine so intensive Beunruhigung bot. Und „die Experten“ wussten von der Schwächung des Immunsystems durch Stress (und Angst) seit mehr als 20 Jahren!

## 8. Zwischenfazit: Unredlichkeiten der an der Pandemie-Erzählung beteiligten Akteure

Bis hierher konnte nachgewiesen werden, dass die Pandemie-Erzählung in objektiver Hinsicht auf groben Fehlannahmen beruht. Und es hat sich bereits gezeigt, dass so mancher Akteur auch subjektiv nicht redlich gehandelt hat. Es ist an der Zeit, das menschliche Versagen von beteiligten Personen und Institutionen zu thematisieren. Denn es stellt sich die Frage, weswegen die Bedrohung durch COVID-19 so massiv überzeichnet wurde.

## a) Das BMI-Panikpapier und die Medienberichterstattung

Die Art und Weise der Risikokommunikation wurde in einem Szenarien-Papier des Bundesinnenministeriums, dass zunächst als Verschlusssache für den Dienstgebrauch markiert worden war, aber – offenbar durch Indiskretion – bereits im April 2020 an die Öffentlichkeit gelangte, wie folgt:

*„Um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:*

1) *Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause. Das Ersticken oder nicht genug Luft kriegen ist für jeden Menschen eine Urangst. Die Situation, in der man nichts tun kann, um in Lebensgefahr schwebenden Angehörigen zu helfen, ebenfalls. Die Bilder aus Italien sind verstörend.*

2) *"Kinder werden kaum unter der Epidemie leiden": Falsch. Kinder werden sich leicht anstecken, selbst bei Ausgangsbeschränkungen, z.B. bei den Nachbarskindern. Wenn sie dann ihre Eltern anstecken, und einer davon qualvoll zu Hause stirbt und sie das Gefühl haben, Schuld daran zu sein, weil sie z.B. vergessen haben, sich nach dem Spielen die Hände zu waschen, ist es das Schrecklichste, was ein Kind je erleben kann.“*

Quelle: https://fragdenstaat.de/dokumente/4123-wie-wir-covid-19-unter-kontrolle-bekommen/.

Dass diese Art der Risikokommunikation nicht nur verantwortungslos war, sondern auch wissenschaftlichen Standards nicht genügte, erkennt man, wenn man sich einen Beitrag eines fünfköpfigen Autoren-Teams (drei davon beim RKI beschäftigt) vor Augen führt, der im Bundesgesundheitsblatt 2021, 294 ff. veröffentlicht wurde und in dem es auf S. 296 f. heißt:

*„In einer akuten gesundheitlichen Bedrohung ist von einer emotionalen Stimmungslage auszugehen, die von Angst, Wut, Verstörung und Unsicherheit geprägt ist. Es besteht die Gefahr, dass die Bevölkerung oder manche Bevölkerungsgruppen die Risiken stark überschätzen, was Ängste verstärken und Überreaktionen hervorrufen kann. Die Kommunikation muss dieser Situation Rechnung tragen und darauf abzielen, irrationale Ängste zu verhindern und die Öffentlichkeit – in einem vertretbaren Maße – zu beruhigen. Die „Angst vor der Angst“, d.h. die Sorge vor einer öffentlichen Panik, darf hingegen keine Rechtfertigung dafür sein, Ängste unbegründet zu zerstreuen und Bedrohungen kleinzureden. Risiken müssen klar benannt werden, um Verhaltensempfehlungen rechtfertigen zu können und um glaubwürdig zu bleiben. Sandman fasst diese Schwierigkeit prägnant zusammen: ‘We have these two very different activities, both called risk communication: alerting people and reassuring them.’“*

Quelle: Loss et al., Risikokommunikation bei der Eindämmung der COVID-19-Pandemie: Herausforderungen und Erfolg versprechende Ansätze, Bundesgesundheitsblatt 2021, 294 ff., https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03283-3.

Wenn also etwas Anlass zur Sorge gibt, muss es klar gesagt werden. Wenn es aber etwas gibt, das Beruhigung stiftet, muss es ebenfalls klar gesagt werden.

### b) Die sogenannten „Leitmedien“

Die Medienberichterstattung auf den etablierten Kanälen stellte indes die Angsterzeugung in den Vordergrund. Dies wurde von der Bundesregierung genutzt, um in der Bevölkerung für eine breite Zustimmung zu den Corona-Maßnahmen zu werben. Aus einem Bericht im Tagesspiegel vom 6.7.2021 geht hervor, dass die damalige Bundeskanzlerin Angela Merkel vor jeder Ministerpräsidentenkonferenz eine Schar handverlesener Journalisten um sich versammelte und auf die Notwendigkeit harter Maßnahmen einschwor, die dann – wie bestellt – am Tag der jeweiligen Konferenz prominent proklamiert wurde.

Quelle: Tagesspiegel vom 6.7.2021, https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/wie-steffen-seibert-angela-merkels-macht-absicherte-175854.html, hinter einer Bezahlschranke.

Die Bundesregierung weigerte sich (mit Billigung durch das OVG Berlin/Brandenburg), offenzulegen, welche Journalisten diesem erlesenen Kreis angehörten.

Quelle: Tagespiegel vom 13.12.2022, https://www.tagesspiegel.de/politik/kubicki-rugt-merkel-steuerte-die-regierung-in-der-pandemie-die-medien-9021613.html, frei zugänglich. Dort wird auch auf den zuvor verlinkten Tagesspiegel-Artikel vom 6.7.2021 verwiesen.

Die journalistischen Versäumnisse in den etablierten Medien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es wurde nicht thematisiert, dass ein PCR-Test außerstande ist, vermehrungsfähiges von nicht vermehrungsfähigem Material zu unterscheiden – nicht einmal dann, als Lothar Wieler das im Epidemiolgischen Bulletin Nr. 39/2020 (oben IV.5.b) selbst zugegeben hatte.
- Die Hypothese, dass SARS CoV-2 in Wuhan von Tier auf den Menschen übergesprungen ist, wird unreflektiert hingenommen. Insbesondere wird nicht danach gefragt, wie denn diese Hypothese zu dem Umstand passt, dass SARS CoV-2 bereits Ende 2019 in italienischen Abwässern nachweisbar war (https://www.tagesschau.de/ausland/italien-corona-abwasser-101.html, zuletzt abgerufen am 22.7.2020 um 0.32 Uhr, heute nicht mehr verfügbar).
- Die Annahme, dass das Virus gänzlich neu und der menschliche Organismus hierauf nicht vorbereitet sei, das Virus also auf eine komplett immun-naive Bevölkerung gestoßen sei, wird durch den Forschungsstand zur Infektionssterblichkeit (oben IV.6.d) nicht erhärtet.

- Die Hypothese, dass das Virus sogar von jemandem, der selbst keine Symptome hat, an andere Menschen weitergegeben werden kann, wurde ungeprüft übernommen. Gerade dieses Kernelement der Pandemie-Erzählung hätte viel gründlicher hinterfragt werden müssen.
- Übersterblichkeit wurde dort, wo man sie vorfand, vorschnell damit in Verbindung gebracht, dass die Regierenden zu sorglos mit der Krise umgegangen seien und zu wenig hart durchgegriffen hätten. Glimpfliche Verläufe der Krise wurden vorschnell als Erfolg der Corona-Maßnahmen gefeiert. Eine solche Vermengung von Korrelation und Kausalität darf im Wissenschaftsjournalismus nicht passieren.
- Die Zahlen zum COVID-19-Infektionsgeschehen wurden in irreführender Art und Weise dargeboten, weil nicht präzise zwischen Verstorbenen *an* und Verstorbenen *mit* Corona unterschieden wurde.
- Über die Kollateralschäden der Corona-Maßnahmen wurde zwar durchaus berichtet – aber viel zu selten mit der Stoßrichtung, die Verhältnismäßigkeit der Corona-Maßnahmen als Ganzes in Frage zu stellen.
- Die angsterzeugende Wirkung der Berichterstattung wurde durch Informationen über die Situation aus dem Ausland verstärkt, die ein Zerrbild von der Wirklichkeit zeichneten. Das gilt namentlich für die berüchtigten Bilder aus Bergamo (ausführlich zum irreführender Charakter dieser Bilder report24 vom 12.5.2023, https://report24.news/politischer-missbrauch-und-journalistisches-versagen-bergamo-luege-ist-bis-heute-in-vielen-koepfen-verankert/): Die aufgereihten Särge waren keine Corona-Toten, sondern ertrunkene Flüchtlinge auf Lampedusa, und die Militärkonvois mussten die Leichen der Verstorbenen deshalb an andere Orte verbringen, weil wegen des angeblich neuen Erregers SARS CoV-2 Erdbestattungen verboten wurden, Feuerbestattungen aber in Norditalien unüblich sind und daher dort nicht genügend Krematorien zur Verfügung standen.

Mit allem Nachdruck stellt sich zudem die Frage, warum die hier gezeigten Grafiken und Daten zum Erkrankungs- und Hospitalisierungsgeschehen so wenig Resonanz in der etablierten Medienberichterstattung gefunden hatten.

### c) Subjektive Unredlichkeit prominenter Akteure

Wir haben im Verlauf unseres bisherigen Vortrags bereits folgende grobe Unredlichkeiten der beteiligten Akteure bei der Konstruktion der Pandemie-Erzählung feststellen können:

- Wenn, wie Lothar Wieler selbst schreibt, lediglich bei 1-10% aller positiven Tests ansteckungsfähige Viren vorgefunden werden, in den übrigen 90-99% jedoch ein Fehlalarm vorliegt, sind die vom RKI verlautbarten Inzidenzwerte nicht nur objektiv massiv überzeichnet, sondern darüber hinaus subjektiv schlicht *gelogen*.
- Wenn die Chinesin, die das Virus nach Deutschland eingeschleppt und angeblich symptomlos bei einem Meeting ihre Geschäftspartner angesteckt hat, tatsächlich bei sich eine erhöhte Körpertemperatur fühlte und ein fiebersenkendes

Mittel einnahm, ist die Behauptung, sie habe die anderen Personen im Meeting „symptomlos“ angesteckt, nicht nur objektiv ohne Evidenz, sondern subjektiv schlicht *gelogen*.

- Wenn sich aus den Zulassungsunterlagen ergibt, dass die COVID-Injektionen im Zulassungsverfahren nicht auf eine mögliche fremdschützende Wirkung untersucht wurden, ist die Behauptung, durch diese Injektion schütze man auch andere Personen, eine Behauptung ins Blaue hinein und damit eine arglistige Täuschung aller Empfänger dieser Injektionen. Und die 2G-Regeln – die ja auf der Fremdschutz-Hypothese beruhten – liefen auf einen zulassungswidrigen *Off-Label-Use* der COVID-Injektionen hinaus.

Sobald es um die Begründetheit des Normenkontrollantrags geht, werde ich durch entsprechende Beweisanträge – die ich schon im Verhandlungstermin am 27.7.2023 mitgeführt hatte, aber nicht mehr hatte stellen können – den Beweis antreten, dass die Impfstoffüberwachung durch das Paul-Ehrlich-Institut nichts anderes ist als organisiertes Wegsehen.

### d) Hohe Anzahl gelöschter EMA Reports zu COVID-Impfnebenwirkungen

Die erschreckend hohe Anzahl an Impfkomplikationen scheint den zuständigen Behörden nicht ganz geheuer, wenn nicht sogar peinlich zu sein. Ein Medienbericht deckte im März 2023 Folgendes auf:

*„Am 20.03.23 fehlen in der EMA Datenbank insgesamt 205.773 gelöschte Reports zu Covid Impfnebenwirkungen. Davon sind 92.900 Löschungen zu schweren Nebenwirkungen, 8.497 zu lebensbedrohlichen Zuständen und 6.132 zu Todesfällen. Die Löschungen beziehen sich auf die EWR Länder.“*

Quelle: Transparenztest vom 27.3.2023, https://www.transparenztest.de/post/ema-loescht-auffallend-viele-reports-zu-schweren-covid-impfnebenwirkungen

Mit Fahrlässigkeit ist eine solche Manipulation der Meldedaten nicht zu erklären. Es handelt sich vielmehr um eine vorsätzliche Irreführung der Öffentlichkeit.

### e) DNA-Verunreinigungen

Der zitierte European Public Assessment Report für Comirnaty enthält zum Herstellungsverfahren kryptische Aussagen, die zunächst ohne pharmazeutische Vorbildung nicht verständlich sind.

- S. 17: *“In comparability studies, a decrease in RNA integrity was observed for the initial Process 2 batches compared to Process 1 batches. This is further discussed in the subsequent section on manufacturing process development.”*
- S. 18: *“Electropherograms were presented demonstrating similarities in the peak pattern of RNA species, but some differences between Process 1 and 2*

*were also noted. It can therefore not be concluded that identical species are obtained by the processes."*

Hinter diesen Formulierungen verbirgt sich nichts Geringeres als die Tatsache, dass der Hersteller (BioNTech) zwei verschiedene Herstellungsverfahren angewendet hat, nämlich eines für die Herstellung des Stoffes, der im Zulassungsverfahren überprüft wurde, und ein anderes für die Herstellung des Stoffes, der dann in den Vertrieb gelangte und allein in Deutschland millionenfach verabreicht wurde. In einem Medienbeitrag wird dies so zusammengefasst:

1. *„Die Covid-Impfstoffe von Biontech, Pfizer und Moderna sind ganz offensichtlich in nennenswertem Umfang mit bakterieller DNA kontaminiert, was dazu führt, dass die via intramuskulärer Injektion applizierten Lipidnanopartikel nicht nur die modRNA für das Spike-Protein, sondern auch bakterielle DNA, insbesondere in Form von Plasmid-DNA, in menschliche Zellen und sogar in die Zellkerne einschleusen. Die langfristigen gesundheitlichen Folgen sind völlig unabsehbar und reichen von Schädigungen des Immunsystems über Antibiotika-Resistenzen bis zur Auslösung von Krebserkrankungen.*
2. *Ursächlich für diese Kontamination der Impfstoffe ist das von den Pharmakonzernen für die industrielle Massenproduktion zum Zweck der Gewinnmaximierung gewählte Verfahren, die modRNA für das Spike-Protein unter Einsatz von Kolibakterien produzieren zu lassen und für die anschließende Reinigung ein schlichtes Filterverfahren zu verwenden. Im Rahmen der klinischen Studien jedoch, die letztlich zur bedingten Zulassung des Impfstoffs geführt hatten, waren den Probanden Substanzen verabreicht worden, die maschinell im Labor mittels sauberer PCR-Technik hergestellt und anschließend durch aufwändige Magnetperlen-Technologie gereinigt worden waren. Die bedingten Zulassungen bezogen sich also nur auf das saubere Laborverfahren und nicht auf die risikobehaftete Massenproduktion über Kolibakterien, die dann weltweit milliardenfach verimpft wurde."*

Quelle: Tichys Einblick vom 6.12.2023, https://www.tichyseinblick.de/gastbeitrag/plasmidgate-sofortiger-impfstopp-unausweichlich-verunreinigung-covid-impfstoff/amp.

Es ist kaum zu fassen: Bakterielle DNA gelangt als Folge der COVID-Injektionen in menschliche Zellen! Die damit einhergehenden Gefahren erläutert Prof. Dr. Ulrike Kämmerer wie folgt:

*„Die in die Zelle eingedrungene fremde DNA kann normalerweise innerhalb der Zelle selbst erkannt werden und Entzündungsreaktionen auslösen. Das passiert auch dann, wenn fremde RNA in die Zelle eingebracht wird. Deswegen ist die RNA der COVID-19-Präparate auch modifiziert worden, indem eine Base ausgetauscht wurde, um den Erkennungsmechanismus für Fremd-RNA, den sog. Toll-Like-Rezeptor [TLR], in der Zelle auszuschalten. Damit wurde auch gleichzeitig der Erkennungs- und Warn-Mechanismus für Fremd-DNA ausgeschaltet."*

Quelle: https://www.mwgfd.org/2024/01/dna-ist-kein-spielzeug-analyse-zur-dna-verunreinigung/.

Für das menschliche Immunsystem hat dies fatale Konsequenzen. In einer Erläuterung zum Interview mit Ulrike Kämmerer heißt es (unter demselben Link):

*„Der Erkennungs- und Warn-Mechanismus für Fremd-DNA wird also ausgeschaltet, sobald die DNA gleichzeitig mit der RNA in der LNP-Hülle in die Zelle eingeschleust und dort freigesetzt wird. Wie lange diese Wirkung fortbesteht, weiß derzeit niemand, so Frau Prof. Kämmerer. Allenfalls gehen diese Zellen nach Eindringen der fremden DNA in die sog. Apoptose über, also in den selbst programmierten Zelltod, um Schaden für den Körper abzuwenden. Darüber gibt es jedoch zu wenige unabhängige Daten, die das Ganze untersuchen und die nicht unterdrückt werden, problematisiert sie."*

Und wenig später:

*„Die auf die gezeigte Weise in den Zellkern eingedrungene fremde DNA steht im Verdacht, sich in das menschliche Genom einzubauen, sprich: zu transfizieren. Dabei besteht die Gefahr, dass damit Gene, die z. B. für die Tumorsupression codieren, abgeschaltet werden, wodurch Turbokrebs entstehen kann. Denn es gibt einen sehr gefährlichen Moment im Leben einer Zelle: den der Zellteilung. Teilt sich nämlich die menschliche Zelle, verschwindet die Kernmembran und die menschlichen Chromosomen kommen mit den Plasmiden direkt in Kontakt. Dann kann es zu einem Einbau der Geninformation aus dem Plasmid in das menschliche Chromosom kommen. Und immer dann, wenn ein fremdes Genom in das menschliche Genom eingebaut wird, ist nicht mehr vorhersagbar, was dann passiert. Dies könnte, wie gesagt, das Auftreten von Turbokrebs erklären. Sollte sich das Plasmid sogar in die Gene von Spermien oder Eizellen einbauen, kann das dazu führen, dass die entstehenden Kinder diese Geninformation* (z. B. eben das Spike-Gen) *in allen Zellen ihres Körpers bilden und, sofern sie überhaupt lebensfähig sind, dann transgen sind. Sie wären dann „gentechnisch veränderte Organismen"*(GVOs)*, wie z. B. Genmais."*

Die COVID-Injektionen drohen also das menschliche Genom zu verändern. Und die EMA als Zulassungsbehörde wusste, dass es zwei verschiedene Herstellungsverfahren gab! Und dass das Herstellungsverfahren für den Stoff, der zum Vertrieb und zur massenhaften Verabreichung bestimmt war, auf gefährliche Art und Weise verunreinigt war! Wurden hier möglicherweise nicht nur die Empfänger der COVID-Injektionen getäuscht, sondern auch die Regierungen, die die Impfkampagnen ausrollten? Auch dazu verhält sich ein aktueller Medienbericht:

- *„Die Bundesregierung wusste bereits im Herbst 2020 von den unterschiedlichen Herstellungsprozessen.*
- *Die Bundesregierung wusste, dass die Zulassung mit einem aufwendig hergestellten Impfstoff nach Prozess 1 erfolgt war.*
- *Die Bundesregierung wusste weiter, dass die Bevölkerung den industriellen Massen-Impfstoff nach Prozess 2 erhielt.*

- *Die Bundesregierung musste zudem aufgrund des EMA Reports wissen, dass der günstige Massen-Impfstoff zwangsläufig mit höheren DNA Kontaminationen eingehen wird.“*

Quelle: https://www.transparenztest.de/post/bundesregierung-wusste-bevoelkerung-biontech-massen-impfstoff-nach-anderem-herstellungsverfahren.

Die Autoren des Medienberichts verweisen hierzu auf Bundestags-Drucksache Nr. 20/9902, wo sich tatsächlich der nachfolgend wiedergegebene Text findet:

149. Abgeordneter **Martin Sichert** (AfD)

Ab wann wusste die Bundesregierung, dass die Produktion des Impfstoffes von Biontech Pfizer gegen COVID-19 laut Europäischer Arzneimittelagentur in der Zulassungsstudie maschinell im „Prozess 1“ hergestellt wurde, während der Großteil der Bevölkerung den Massen-Impfstoff bekam, der nach „Prozess 2“ hergestellt wurde (bitte konkretes Datum angeben)?

**Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Dr. Edgar Franke vom 21. Dezember 2023**

Informationen zum Herstellungsprozess des in Rede stehenden COVID-19 Impfstoffs wurden mit dem Europäischen Öffentlichen Bewertungsbericht erstmals am 23. Dezember 2020 von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) veröffentlicht (www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf).

Mit der bedingten Zulassung des COVID-19-Impfstoffs wurden auf Basis der mit dem Zulassungsantrag vorgelegten Daten Spezifikationen für den Herstellungsprozess genehmigt, die im Rahmen des zentralen Zulassungsverfahrens von den zuständigen Expertinnen und Experten der europäischen Zulassungsbehörden nach dem Stand von Wissenschaft und Technik wissenschaftlich bewertet wurden.

Der Nachweis einer vergleichbaren Qualität von klinischen und von im großen Maßstab hergestellten Impfstoff-Chargen stellt dabei eine wichtige Voraussetzung für die Empfehlung des zuständigen Ausschusses für Humanarzneimittel zur Zulassung dar.

Es ist nicht erkennbar, dass die Bundesregierung auch nur das Geringste unternommen hätte, um die Öffentlichkeit hierüber aufzuklären. Auch das lässt sich mit Fahrlässigkeit nicht erklären.

Ganz im Gegenteil sind Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auf der einen Seite die Impfkomplikationen von Beginn an (wörtlich: *„all die Zeit“*) *bekannt* (!), wie er im heute-journal vom 12.3.2023 einräumte.

Quelle: heute-journal vom 12.3.2023, https://www.youtube.com/watch?v=653x0SpYd48, ab Minute 10:50.

Ungeachtet dessen hatte Karl Lauterbach keine Scheu getragen, die COVID-Injektionen als „nebenwirkungsfrei“ anzupreisen. Damit hat er vorsätzlich eine falsche Information über die COVID-Injektionen in die Welt gesetzt.

Quelle: https://twitter.com/Karl_Lauterbach/status/1426323236019650564

## 9. Institutionelle und finanzielle Verflechtungen

Es konnte nachgewiesen werden, dass die Pandemie-Erzählung objektiv auf gravierenden Fehlannahmen beruht und dass maßgebliche Akteure in diesem Kontext vorsätzlich Falschinformationen in die Welt gesetzt haben. Die Frage lautet folglich nicht „Warum sollten sie lügen und uns das alles antun?“, sondern „Warum lügen sie und tun uns das alles an?“ Dazu lohnt ein Blick auf Abhängigkeiten und Verflechtungen – sowohl institutioneller als auch finanzieller Art.

### a) Keine Unabhängigkeit von RKI und PEI

Die Gerichte haben in der Corona-Zeit dem RKI, dem PEI (Paul-Ehrlich-Institut) und der STIKO (Ständige Impfkommission) erhebliches Vertrauen entgegengebracht – ein Vertrauen, das sie davon abgehalte hat, jeglichem Vortrag überhaupt nachzugehen, der die Verlautbarung dieser Institutionen in Frage gestellt hat. Zur Gänze – und zu Unrecht – ausgeblendet wurde dabei, dass diese Institutionen weder personell noch

sachlich unabhängig sind. RKI und PEI sind Abteilungen des Bundesgesundheitsministeriums und unterliegen den Weisungen des Bundesgesundheitsministers. Und die STIKO hat jüngst erfahren müssen, was ein Bundesgesundheitsminister mit ihr macht, wenn ihre Verlautbarungen nicht seinen Wünschen entsprechen.

Blicken wir hierzu zunächst auf die Erläuterungen in einem instruktiven Medienbericht (Hyperlinks im Original. Hervorhebungen nicht im Original):

*„Viele Bürger glauben, dass es sich beim Robert-Koch-Institut (RKI) um eine unabhängige Forschungseinrichtung oder eine Art „NGO für die Gesundheit" handelt. Doch das stimmt nicht, auch wenn das der Name nahezulegen scheint. Das RKI ist eine selbständige Bundesoberbehörde im Sinne des Art. 87 Abs. 3 Satz 1 GG und ist damit gegenüber der Bundesregierung/dem Bundesgesundheitsminister weisungsgebunden. Auf der Webseite des RKI (https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html) wird ausgeführt: „**Das Robert Koch-Institut (RKI) ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**. Das RKI ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch die zentrale Einrichtung des Bundes auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung."*

*Dasselbe gilt für das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Das PEI teilt auf ihrer Webseite (https://www.pei.de/DE/institut/institut-node.html) mit: „**Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ist als Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).** Das Institut mit Sitz in Langen bei Frankfurt am Main erforscht und bewertet biomedizinische Human-Arzneimittel und immunologische Tierarzneimittel und lässt diese Arzneimittel zu. Es ist für die Genehmigung klinischer Prüfungen sowie die Pharmakovigilanz (Erfassung und Bewertung möglicher Nebenwirkungen) zuständig."*

*Das Bundesgesundheitsministerium teilt auf ihrer Webseite (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/staatliche-ordnung/bundesbehoerden.html ) mit* (Hervorhebungen nicht im Original): *„**Dem auf der Bundesebene zuständigen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstehen** eine Reihe von Institutionen, die sich mit übergeordneten gesundheitlichen Aufgabenstellungen befassen. Diese sind: **Robert Koch-Institut (RKI), Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).**"*

Also bestätigt sich hier, dass RKI und PEI weisungsgebunden sind und gerade *nicht* unabhängig agieren. In offenen Worten: RKI und PEI unterliegen den Weisungen eines Bundesgesundheitsministers, der seit Ende 2020 von den doppelten Herstellungsprozessen bei den COVID-Injektionen weiß und der Öffentlichkeit nichts davon mitteilt. Sie unterliegen den Weisungen eines Gesundheitsministers, der der Öffentlichkeit vorsätzlich drohende Impfkomplikationen verschweigt. Solchen Behörden ist kaum zuzutrauen, die wissenschaftliche Begleitung einer aufkommenden Welle von

übertragbaren Krankheiten mit der gebotenen Objektivität zu leisten. Solchen Behörden ist auch keine zuverlässige Überwachung der COVID-Injektionen zuzutrauen.

Quelle: Deutsche Wirtschaftsnachrichten vom 19.2.2021, https://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/509753/Klarstellung-RKI-und-PEI-sind-Spahn-unterstellte-Bundesbehoerden-und-keine-unabhaengigen-Forschungseinrichtungen

### b) Keine Unabhängigkeit der STIKO

Zur STIKO ist auf der Seite des (wie gesehen weisungsgebundenen) RKI Folgendes zu lesen:

*„Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist ein unabhängiges, ehrenamtliches Expertengremium, das Impfempfehlungen für die Bevölkerung in Deutschland entwickelt. Dabei orientiert sie sich an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und berücksichtigt sowohl den individuellen Nutzen für geimpfte Personen als auch den Nutzen für die gesamte Bevölkerung.“*

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html

Allerdings lesen wir dann schon im nächsten Satz Folgendes:

*„Ihre Arbeit wird von der STIKO-Geschäftsstelle im Fachgebiet Impfprävention des Robert Koch-Instituts koordiniert und beispielsweise durch systematische Analysen der Fachliteratur unterstützt.“*

Also sitzt die STIKO-Geschäftsstelle im weisungsgebundenen Robert-Koch-Institut.

Die Webseite der Bundesärztekammer wird bezüglich der „Unabhängigkeit“ noch deutlicher (Hervorhebungen nicht im Original):

*„27.11.2023 Mecklenburg-Vorpommern*

*Mit **Unverständnis** hat die Kammerversammlung – die höchste Vertretung der Ärzteschaft des Landes – auf **die Pläne des Bundesgesundheitsministers Prof. Karl Lauterbach zu den Modalitäten in der Ständigen Impfkommission (STIKO)** reagiert.*

*Demnach möchte **der Minister die Amtszeit der ehrenamtlichen Mitglieder, für die es bislang keine Obergrenze gab, auf maximal drei Amtsperioden begrenzen. Damit endet die Tätigkeit für 12 der 17 Mitglieder abrupt im Februar 2024.***

*Gegen diesen als **Alleingang empfundenen Vorgang von Prof. Lauterbach** wenden sich die Kammerversammlung sowie die Kassenärztliche Vereinigung M-V (KVMV): **Beide Körperschaften fordern** das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Berufung der Mitglieder der STIKO kontinuierlich und in Absprache mit den oberen Landesbehörden der Länder und den Fachverbänden vorzunehmen! Dabei ist darauf zu achten, **dass bei der Neubesetzung auch praktisch impfende und ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte – die unabhängig von politischer Einflussnahme - in der Expertenkommission vertreten sind**. Die Kammerversammlung und die KVMV sehen in der Neubesetzung einen großen Verlust an Fachexpertise! Empfehlungen*

*der STIKO haben deutschlandweit Strahlkraft – das Vertrauen der Bevölkerung in die STIKO und deren Empfehlungen darf durch solche Regelungen nicht aufs Spiel gesetzt werden.*

*Die STIKO entwickelt als unabhängiges, ehrenamtliches Expertengremium für die Bevölkerung in Deutschland methodisch standardisierte Impfempfehlungen. Insbesondere während der Coronapandemie wurden diese mit großem medialen und öffentlichen Interesse begleitet."*

Quelle: Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 27.11.2023, https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/kammer-und-kvmv-kritisieren-lauterbachs-plaene-zur-stiko-neubesetzung.

Wir können uns bisher nicht erklären, wie eine Kommission personell und sachlich unabhängig sein kann, ihre Geschäftsstelle jedoch beim weisungsgebundenen Robert-Koch-Institut innehat und, viel aussagekräftiger, wie bei einer „unabhängigen" Kommission der Bundesgesundheitsminister eigenmächtig und im Alleingang in der Lage ist, 12 von 17 STIKO-Mitgliedern abrupt abzusetzen. Wer eine so labile Stellung in einem Gremium innehat, gerät leicht in die Versuchung, in vorauseilendem Gehorsam jene Empfehlungen auszusprechen, die den Wünschen des Bundesgesundheitsministers entsprechen. Dann aber verbürgen die STIKO-Empfehlungen gerade nicht die gebotene Unabhängigkeit – und auch nicht die gebotene Objektivität.

### c) Parteienfinanzierung

Wenn aber RKI, PEI und STIKO gerade nicht die ihnen zugeschriebene Unabhängigkeit verbürgen, legt dies die Frage nahe, wie unabhängig eigentlich ihr Weisungsgeber (PEI, RKI) und potentiell Personalverantwortlicher (STIKO), nämlich der Bundesgesundheitsminister agiert. Beide Gesundheitsminister der Corona-Zeit, sowohl Jens Spahn (CDU) als auch Karl Lauterbach (SPD), gehören Parteien an, die ihrerseits Spendengelder von der Pharmaindustrie empfangen. Dazu zwei Beispiele (Einkreisung jeweils nicht im Original):

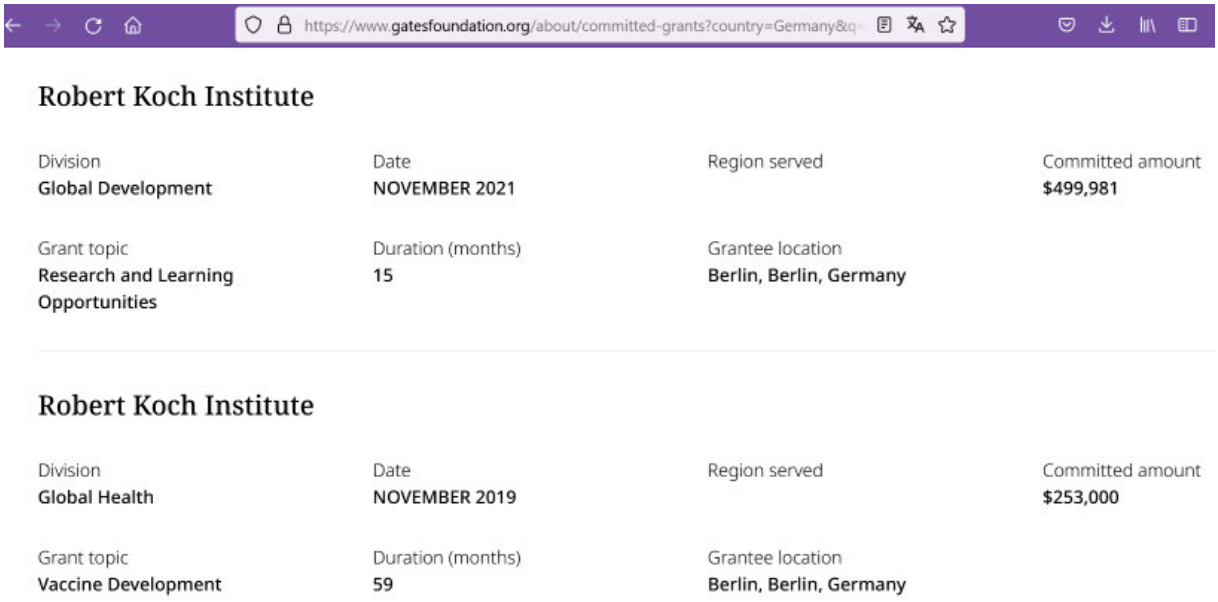
Quelle: https://www.abgeordnetenwatch.de/sites/default/files/media/images/various/cdu_aussteller_2019.png

Quelle: https://blog.todamax.net/wp-content/uploads/2017/12/spd-bundesparteitag-700x933.jpeg

In Deutschland scheint die Sensibilität für institutionelle Korruption noch unterentwickelt zu sein. Parteispenden von Konzernen werden *niemals* in der Absicht ausgereicht, etwas zur Förderung der Demokratie beizutragen, sondern *immer* in der Erwartung politischen Wohlverhaltens des Spenders. Solche Verstrickungen können auch auf die Amtsführung der einzelnen Ressortminister nicht ohne Auswirkungen bleiben. Eine Empfehlung des Bundesgesundheitsministers, wegen der Risiken von Impfkomplikationen von der BioNTech-Spritze Abstand zu nehmen, hätte der Sponsor Pfizer, Partner vom BioNTech bei Herstellung und Vertrieb von Comirnaty, kaum erfreut zur Kenntnis genommen. Und ganz gewiss wäre das Sponsoring von SPD und CDU für die Folgejahre geringer oder gar zur Gänze ausgefallen.

## d) Zuwendungen an das RKI und dessen Berater

Unabhängigkeit bedeutet immer auch finanzielle Unabhängigkeit. Hier fällt der Blick auf die Bill and Melinda Gates Foundation, die sich – das darf als allgemein bekannt vorausgesetzt werden – massiv die Förderung der Impfstoffindustrie auf die Fahnen geschrieben hat. Wir sehen, dass diese Stiftung direkte Zuwendungen an das RKI geleistet hat:




Quelle: https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants?country=Germany&q=Robert

Auf dieser Seite kann man auch die Zuwendungen an die Impfstoffindustrie überprüfen. Hier nur so viel: Wer sich diese Mühe macht, kommt für Pfizer auf Zuwendungen in Höhe von $145.881.113,- und für BioNTech“ auf $16.918.943,-.

Die Organisation „Gesunde Erde“ – gemeint ist die Stiftung Gesunde Erde gesunde Menschen gGmbH des permanent medienpräsenten Arztes Eckart von Hirschhausen, der massiv öffentlich für die COVID-Injektionen geworben hat – hat von der Bill and Melinda Gates Foundation seit 2021 insgesamt $ 2.049.855,- empfangen.

Die finanziellen Verstrickungen führen aber nicht nur zum RKI selbst, sondern ebenso zu Wissenschaftlern, die in engem Kontakt zum RKI stehen und das RKI beraten. Hierzu finden wir auf der Internetseite des RKI den sog. Wissenschaftlichen Beirat für das Zentrum Internationaler Gesundheitsschutz am RKI. Die Tätigkeit dieses Beirats wird dort wie folgt beschrieben (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Ein **hochrangig besetzter wissenschaftlicher Beirat begleitet die Arbeit des Zentrums Internationaler Gesundheitsschutz ZIG am Robert Koch-Institut**. Unter **Vorsitz von Peter Piot, Director der London School of Hygiene and Tropical Medicine, beraten internationale Expertinnen und Experten das Robert Koch-Institut im Bereich des internationalen Gesundheitsschutzes, z.B. in der***

***Pandemiebekämpfung und Prävention, sowie im Austausch mit Nationalen Public Health-Instituten.*** *Am 26.11.2020 hat die konstituierende Sitzung (online) stattgefunden.*

*Das Zentrum Internationaler Gesundheitsschutz wurde im Nachgang zu den Erfahrungen des Ebola Ausbruchs in West Afrika etabliert und nahm in Januar 2019 seine Arbeit auf. Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats spiegeln die interdiziplinäre Expertise wider, die für dieses Feld benötigt ist. Es schliesst den Virologen* ***Prof. Christian Drosten*** *ein, sowie Dr. Matshidiso Moeti. die Regionaldirektorin der* ***WHO*** *in der Afrikanischen Region, Dr. John Nkengasong, den Director von Africa CDC sowie Prof. Juliet Bedford, eine britische Expertin für Anthropologie in der globalen Gesundheit, ebenso wie Prof. Ali Mokdad vom Institute of Health Metrics an der Universität Washington. Die hohe und breite Expertise dieses Beirats stellt eine* ***große Bereicherung für das Robert Koch-Institut dar und wird über die nächsten vier Jahre zweimal jährlich virtuell oder in Persona sitzen****.*

***Hauptaufgaben des ZIG sind das Informationsmanagement, die Entwicklung evidenzbasierter Methoden sowie Unterstützung bei der Umsetzung von Projekten zum internationalen Gesundheitsschutz.*** *Das ZIG trägt damit zur Erfüllung der neuen Anforderungen im Bereich des internationalen Gesundheitsschutzes bei, wie sie in der* ***Neufassung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2017*** *formuliert sind. Gleichzeitig ermöglichen die Aktivitäten des ZIG auch Synergieeffekte, die den Gesundheitsschutz in Deutschland stärken.“*

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/ZIG/WissBeirat_ZIG.html

Prof. Dr. Christian Drosten ist durch seine Medienpräsenz, die er dazu nutzte, die permanente Angsterzeugung massiv zu befeuern, sattsam bekannt. Weniger bekannt ist ein anderer Akteur im Beratergremium des RKI, Prof. Dr. Sebastian Funk, der vom Wellcome Trust gefördert wird – einer sehr vermögenden Stiftung, die ihrerseits stark auf die Förderung der Arzneimittelforschung fokussiert ist:

Wissenschaftlicher Beirat für das Zentrum für Internationalen Gesundheitsschutz (ZIG)

Mitglieder

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats für das ZIG

| Member | Position/Institution | Role |
|---|---|---|
| Professor Juliet Bedford | Founder of Anthrologica | Board Member |
| Professor Christian Drosten | Director of the Institute of Virology, Charité-Universitätsmedizin Berlin | Board Member |
| Dr Frode Forland | Specialist Director of the Norwegian Institute of Public Health, Associate Professor at University of Tromsø | Board Member |
| Professor Sebastian Funk | Accociate Professor and Wellcome Trust Senior Research Fellow, London School of Hygiene and Tropical Medicine | Board Member |
| Mr David Harland | Executive Director of the Centre for Humanitarian Dialogue | Board Member |
| Professor Ilona Kickbusch | Chair of the Global Health Centre, The Graduate Institute Geneva | Board Member |
| Dr Matshidiso Moeti | WHO Regional Director for Africa | Official Observer |
| Professor Ali Mokdad | Chief Strategy Officer for Population Health, Professor of Health Metrics Sciences, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington | Board Member |

Der Vorsitzende („Chair“) dieses RKI Beratergremiums, Prof. Dr. Peter Piot, verdient besondere Betrachtung. Er ist „Former Director of the London School of Hygiene and Tropical Medicine and a Handa Professor für Global Health“ wie wir auf Seite des RKI lesen können:

| | | |
|---|---|---|
| Dr Matshidiso Moeti | WHO Regional Director for Africa | Official Observer |
| Professor Ali Mokdad | Chief Strategy Officer for Population Health, Professor of Health Metrics Sciences, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington | Board Member |
| Ms Zoë Mullan | Editor-in-Chief at The Lancet Global Health | Board Member |
| Professor Oh Myoung-don | National University College of Medicine, Seoul National University Hospital | Board Member |
| Dr John Nkengasong | Director of the Africa Centres of Disease Control and Prevention | Board Member |
| Professor Peter Piot | Former Director of the London School of Hygiene and Tropical Medicine and a Handa Professor for Global Health | Chair |
| Professor Eva Rehfuess | Head of Department for Public Health and Health Services Research, Ludwig-Maximilians-Universität München | Board Member |
| Dr Ute Teichert | Head of Directorate-General 6 (Health Security, Health Protection, Sustainability), Federal Ministry of Health | ex officio Member |

Stand: 10.02.2022

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/ZIG/zig_node.html

Wir zitieren zur Person von Peter Piot aus Wikipedia (Hervorhebungen nicht im Original):

*„**Peter Piot** tritt **2009** dem **Program "Global Health" der Bill & Melinda Gates Foundation als Senior Fellow** bei. Im Jahr **2010 wurde er Direktor der London School of Hygiene and Tropical Medicine** in Bloomsbury, London.“*

Quelle:https://de.wikipedia.org/wiki/Peter_Piot

Da er der Chairman des „hochrangig besetzten Beirats“ des Robert-Koch-Instituts ist, beleuchten wir die Geldströme zu der London School of Hygiene and Tropical Medicine https://www.lshtm.ac.uk/, deren Direktor er (neben seiner Beratertätigkeit für das RKI) ist. Dabei beschränken wir uns auf Zuwendungen seitens der der Bill and Melinda Gates Foundation. Um der besseren Lesbarkeit und Übersichtlichkeit willen sind die Ergebnisse der Webseite nachstehend in Tabellenform zusammengefasst:

| Division | Date | Region served | Comitted amount | Grant topiv | Duration months | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Global Health** | Dec 23 | Africa | $379,927 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 13 | |
| **Global Development** | Nov 23 | | $2,308,677 | Vaccine Delivery | 47 | |
| **Global Health** | Nov 23 | Africa | $499,948 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 25 | |
| **Global Health** | Oct 23 | | $1,006,927 | HIV | 25 | (Erhöhte HIV-Gefahr durch Immunsupprimierung nach "Impfung" war bekannt) |
| **Gender Equality** | July 23 | Africa | $98,941 | Maternal, Newborn, Child Nutrition and Health | 18 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Global Health** | June 23 | | $199,838 | Discovery and Translational Sciences | 19 | |
| **Global Health** | June 23 | Africa | $99,823 | HIV | 6 | |
| **Global Growth & Opportunity** | June 23 | Africa | $250,774 | Water, Sanitation and Hygiene | 13 | |
| **Global Health** | Apr 23 | | $86,827 | HIV | 10 | |
| **Global Health** | March 23 | Africa | $1,600,000 | Malaria | 17 | |
| **Gender Equality** | Dec 22 | | $99,436 | Maternal, Newborn, Child Nutrition and Health | 20 | |
| **Global Health** | Nov 22 | Africa | $1,081,446 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 20 | |
| **Global Policy and Advocacy** | Nov 22 | Europe | $99,840 | Research and Learning Opportunities | 20 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Global Health** | Nov 22 | Africa | $249,751 | Vaccine Development | 16 | |
| **Global Health** | Nov 22 | Africa | $503,696 | Enterics, Diagnostics, Genomics & Epidemiology | 17 | |
| **Global Development** | Oct 22 | Africa | $414,486 | Polio | 24 | |
| **Global Health** | Oct 22 | | $779,307 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 27 | |
| **Global Health** | Sep 22 | Africa | $349,985 | Development of Solutions to Improve Global Health | 11 | |
| **Global Health** | Aug 22 | Africa | $1,832,888 | Tuberculosis | 35 | (Erhöhte Tuberkulosegefahr durch Immunsupprimierung nach "Impfung" war bekannt) |
| **Gender Equality** | July 22 | America | $985,817 | Maternal, Newborn, Child Nutrition and Health | 26 | |
| **Global Health** | Dec 21 | | $56,452 | Tuberculosis | 3 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Global Development** | Dec 21 | | $650,000 | Vaccine Delivery | 26 | |
| **Global Health** | Nov 21 | Africa | $276,585 | Malaria | 16 | |
| **Global Health** | Oct 21 | Africa | $1,189,481 | Vaccine Development | 45 | |
| **Global Development** | Oct 21 | Africa | $385,750 | Polio | 22 | |
| **Global Health** | Aug 21 | | $113,569 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 17 | |
| **Global Development** | Nov 20 | Africa | $1,742,632 | Delivery of Solutions to Improve Global Health | 40 | |
| **Global Health** | Nov 20 | Africa | $1,501,869 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 56 | |
| **Global Health** | Oct 20 | Africa | $100,217 | Malaria | 23 | |
| **Global Development** | Sep 20 | Africa | $198,896 | Vaccine Delivery | 6 | |
| **Global Development** | Sep 20 | | $166,059 | Vaccine Delivery | 15 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Global Health** | June 20 | Africa | $1,824,643 | Malaria | 42 | |
| **Global Growth & Opportunity** | May 20 | Africa | $716,517 | Water, Sanitation and Hygiene | 22 | |
| **Global Health** | March 20 | Africa | $74,976 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 12 | |
| **Global Health** | Feb 20 | Africa | $1,493,657 | HIV | 48 | |
| **Gender Equality** | Nov 19 | Africa | $151,387 | Maternal, Neonatal and Child Health | 15 | |
| **Global Development** | Nov 19 | Asia | $970,459 | Vaccine Delivery | 78 | |
| **Global Development** | **Oct 19** | Africa | **$1,435,281** | Emergency Response, Pneumonia & Pandemic Preparedness | 66 | **"to validate the prediction from a modelling study on an effective strategy to immunize internally displaced persons in humanitarian crisis settings"** |
| **Global Health** | **Oct 19** | | $259,667 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 62 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Global Health** | **Oct 19** | | $1,246,823 | Tuberculosis | 62 | |
| **Global Health** | **Oct 19** | | $1,256,043 | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 41 | |
| **Global Policy and Advocacy** | **Oct 19** | | $100,000 | Global Health and Development Public Awareness and Analysis | 18 | |
| **Global Development** | **Oct 19** | | $1,500,000 | Delivery of Solutions to Improve Global Health, Global Health and Development Public Awareness and Analysis | 54 | |
| **Global Health** | **Oct 19** | | **$5,341,983** | HIV | 48 | |
| **Global Growth & Opportunity** | July 19 | Africa, America, Asia, Europe | **$2,837,062** | Agricultural Development, Nutrition | 79 | „to deliver validated and harmonized food systems methods and metrics, synthesize and facilitate uptake of interdisciplinary agriculture-nutrition-health research to inform policies and programs in agriculture |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | for improved health and nutrition“ |
| **Global Health** | July 19 | Africa | $1,269,568 | Malaria | 54 | |
| **Global Policy and Advo-cacy** | May 19 | Europe | $150,817 | Global Health and Develop-ment Public Awareness and Analysis | | **„to inform a broad range of German stakeholders on key global health topics“** |
| **Global Health** | May 19 | | $130,000 | Discovery and Translational Sciences | 60 | |
| **Global Health** | Apr 19 | | $99,980 | Tuberculosis | 18 | |
| **Global Health** | Mar ch 19 | Africa | $130,912 | Malaria | 42 | |
| **Gender Equality** | Mar ch 19 | | $47,851 | Maternal, Newborn, Child Nutri-tion and Health | 15 | |
| **Global Growth & Opportunity** | Nov 18 | Africa | $1,078,632 | Agricultural Development, Nutrition | 68 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Global Development** | Nov 18 | Asia | **$3,850,001** | Delivery of Solutions to Improve Global Health, Polio | 58 | "to build on and translate DCP3 evidence and packages to support priority setting and the development and implementation of health benefit packages in selected low- and middle-income countries" (Alle Poliofälle der letzten Jahre sind impfstoffinduziert, es finden sich hier Berichte wie https://www.science.org/content/article/first-polio-cases-linked-new-oral-vaccine-detected-africa<br><br>https://apnews.com/article/virus-outbreak-health-middle-east-africa-united-nations-619efb65b9eeec5650f011b960a152e9<br><br>etc) |
| **Global Health** | Nov 18 | | **$3,576,685** | Research and Learning Opportunities | 64 | **"Stärkung der Ergebnisse und des Engagements in den Bereichen Globale Krankheitslast (GBD), Prognosen und Geodatenanalyse durch die kontinuierliche Beratungstätigkeit eines unabhängigen Ausschusses internationaler Experten." (übersetzt mit deepl. Unabhängig-....über 3,5 Mio Geldfluss an diesen „unabhängigen" Ausschuss...)** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gender Equality** | Aug 18 | | $231,000 | MNCH Dis-covery and Tools | 7 | |
| **Global Health** | July 18 | Africa | **$7,602,731** | Pneumonia & Pandemic Preparedness | 81 | **"to evaluate the use of fractional doses of PCV" -Die druck-kontrollierte Beatmung, kurz PCV, ist eine Form der kontrollierten Beatmung, bei welcher der Beatmungs-druck die Leitgröße ist. (doccheck) -> Vermut-lich ging es, wenn die Abkürzung richtig gewertet wird, um das Thema künstliche Beatmung?** |
| | | Summe Juli 2018 – Dec 2023: | **$ 56,686,519** | | | |
| | | | | | | |

Quelle: https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants?q=London%20School%20of%20Hygiene%20and%20Tropical%20Medicine

Rechnet man diese Zuwendungen zusammen, gelangt man zu einer Summe von $56,686,519 im Zeitraum von Juli 2018 – Dezember 2023 allein nur von der Bill and Melinda Gates Foundation an die London School of Hygiene and Tropical Medicine, deren Direktor gleichzeitig der Chairman des wissenschaftlichen Beirats des RKI ist! Dieser Befund zwingt zu einer Folgefrage: Wie unabhängig ist das RKI, wenn seine wissenschaftlichen Berater solche Summen an Fördergeldern für ihre Institute vereinnahmen – von einem Geldgeber, der seinerseits das Anliegen hat, die breitflächige Anwendung von Impfstoffen zu fördern?

Peter Piot beriet während der Corona-Zeit übrigens auch EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen – gemeinsam mit Christian Drosten und Lothar Wieler. Dieser Befund vermittelt eine Vorahnung, dass auch international ganz bestimmte Akteure immer wieder in Erscheinung treten.

Wie Peter Piot auf folgende Aussage kommt, darf wohl nach den sehr großzügigen Finanzströmen weit niemanden mehr verwundern:

*„Einen Hauch des Todes habe er bei seiner Begegnung mit Covid-19 gespürt, sagt Peter Piot. Der Arzt und Wissenschaftler berät Ursula von der Leyen, zuletzt war er selbst an Corona erkrankt. Ohne Impfstoff werde es kein normales Leben mehr geben.“*

Quelle: https://www.welt.de/vermischtes/plus207946977/Peter-Piot-Ohne-einen-Coronavirus-Impfstoff-werden-wir-nie-wieder-normal-leben-koennen.html.

Für viele Geschädigte gibt es *seit* Empfang der COVID-Injektionen kein normales (oder auch überhaupt kein) Leben mehr. Hierzu wird näher vorgetragen werden, wenn es um die Begründetheit des Antrags geht.

Die Vorahnung, dass die wissenschaftliche Begleitung der Pandemie-Erzählung von einigen wenigen Akteuren dominiert wird, die in unterschiedlichen Konstellationen immer wieder ins Blickfeld rücken und institutionell kooperieren, wird bestätigt durch das nachfolgende Foto auf der Seite der London School of Hygiene and Tropical Medicine. Dazu muss man wissen, dass Frau Dr. Johanna Hanefeld, laut Foto 2018 noch bei der nun etwas bekannteren London School of Hygiene and Tropical Medicine beschäftigt gewesen zu sein scheint, inzwischen jedoch die Leiterin des Zentrums für Internationalen Gesundheitsschutz des Robert-Koch-Instituts ist.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Leitung/Leitung_node.html

Der Glaube an die Unabhängigkeit des RKI als wissenschaftliche Institution wird durch solche Verstrickungen erheblich beeinträchtigt.

*Signing ceremony for the MoU between LSHTM and Charité, 10th World Health Summit in Berlin, October 2018. Left to right: Professor Christian Drosten (Charité), Professor Axel R Pries (Charité), Professor Peter Piot (LSHTM), Dr Johanna Hanefeld (LSHTM). Credit: Charité*

Quelle: https://www.lshtm.ac.uk/research/global-partnerships/europe/partner-institutions.

Die Charité hat zumindest von dieser Stiftung, der Bill and Melinda Gates Foundation ebenfalls Zuwendungen erhalten, allerdings in deutlich geringerem Umfang: $ 885.730,-.

Quelle: https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants?q=Charit%C3%A9%20berlin.

Aber die London School of Hygiene and Tropical Medicine, die doch von der Gates Foundation deutlich großzügiger bedacht wurde als die Charité, unterhält eine Dependance in Berlin hat. Und dort wird die Kooperation mit dem Charité-Professor Christian Drosten offenbar gezielt gesucht (Herz nicht im Original):

Quelle: https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/lshtm-berlin-office

Durch einen Blick auf die Financial statements kann man sich vergewissern, dass entsprechende Zahlungen auch bei der London School of Hygiene and Tropical Medicines eingegangen sind. Beispielhaft schauen wir auf den Annual Report von 2020-2021, ab Seite 4 (Hervorhebung nicht im Original):

## LSHTM, its history and incorporation status

LSHTM has a worldwide reputation for its research, postgraduate studies and continuing education in public and global health. With an international presence and collaborative ethos, it is uniquely placed to influence global public health policy and translate research findings into tangible impact.

LSHTM was established in 1899 and is incorporated under a Royal Charter granted in 1924. Following approval by the Privy Council, a Supplemental Charter came into effect in March 2009.

## Mission and purpose

LSHTM's mission is to improve health and health equity in the UK and worldwide; working in partnership to achieve excellence in public and global health research, education and translation of knowledge into policy and practice.

Since the 1990s there has been an unprecedented improvement in the human condition and advances in medicine have saved tens of millions of lives. LSHTM has made a significant contribution to solving some of the world's most intractable public health problems and recognises the hard problems that still need to be solved. The Mission of LSHTM is more relevant than ever when the fight against poverty and disease may be on the verge of stalling. The Gates Foundation has clearly identified that to continue improving the human condition, the Global community must help create opportunities in Africa's fastest-growing, poorest countries by investing in young people and in particular investing in their health and education. Few institutions are as well placed or as deeply committed as LSHTM to contribute to improving public health in Africa and throughout the world.

Quelle: https://www.lshtm.ac.uk/aboutus/introducing/annual-report-financial-statements

## 28. Related party transactions

| Name of related party and relationship | Nature of transaction | Income 2021 £'000 | Expenditure 2021 £'000 | Income 2020 £'000 | Expenditure 2020 £'000 |
|---|---|---|---|---|---|
| Bill and Melinda Gates Foundation<br>Dr Richard White, LSHTM Council member, is an Advisory Panel Member | Research grant funding | 16,325 | - | 19,584 | - |
| Biosensors Beyond Borders<br>Dr Matt Lee, LSHTM COO, is a director | Salary recharges | 35 | - | 81 | - |
| British Heart Foundation<br>Dr Annalisa Jenkins, LSHTM Council member, is a trustee | Research funding and studentships | 87 | - | n/a | n/a |
| Central and North West London NHS Foundation Trust<br>Professor Alison Grant, LSHTM Dean of Faculty, is an Honorary Consultant Physician | Funding award | 4 | - | n/a | n/a |
| Centre for Ageing Better<br>Professor Nicolas Mays, LSHTM Council Member, is a Board member and Trustee | Research Consultancy | 13 | - | n/a | n/a |
| Chatham House<br>Mr Mishal Khan, LSHTM Council member, is a consultant | Research services | - | 85 | n/a | n/a |
| Coalition for Epidemic Preparedness Innovation<br>Professor Baron Peter Piot, LSHTM Director, is a Non-Executive Director | Research funding | 3,677 | - | 5,961 | - |
| eLife Science Publications<br>Professor Mike Turner, LSHTM Council member, is a Board Member | Research publication fees | - | - | 3 | 10 |
| EY LLP<br>Mr Will Fisher, member of LSHTM Finance & Development Committee, is a partner | Taxation advisory services | - | 77 | - | 45 |
| Google<br>Ms Diana Layfield, member of LSHTM Audit and Risk Committee, is a staff member | Research funding | 218 | - | n/a | n/a |
| King Baudouin Foundation<br>Professor Baron Peter Piot, LSHTM Director, is Chair of the Board | Donation | - | - | 79 | - |
| The King's Fund<br>Professor Nicolas Mays, LSHTM Council member, is a Member of the Advisory Council | Catering services | - | - | 1 | - |
| London School of Economics and Political Science<br>Professor Nicolas Mays, LSHTM Council member, is an expert advisor | Research funding and services | 75 | 1,350 | 69 | 578 |
| London Universities Purchasing Consortium<br>Mr Andrew Dyer, LSHTM Finance Director, is a director | Membership subscription | - | 6 | n/a | n/a |

**Notes to the Financial Statements (continued)**

**28. Related party transactions (continued)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Malaria Consortium<br>Dr Precious Lunga, LSHTM Council member, is a Trustee | Research grant funding and services | 366 | 57 | 557 | - |
| Novartis Foundation<br>Professor Baron Peter Piot, LSHTM Director, is a Trustee | Research funding | - | - | 29 | - |
| The Nuffield Trust<br>Professor Nicolas Mays, LSHTM Council member, is a Senior Associate | Research funding | 6 | - | n/a | n/a |
| The Open University<br>Mr Stan Farmer, member of LSHTM Audit and Risk Committee, is a staff member | Research services | - | 18 | - | 20 |
| Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene<br>Professor Kara Hanson, LSHTM Dean of Faculty, is a member of the Finance and Audit Committee | Donation | 8 | - | - | - |
| SAUL Trustee Company<br>Dr Matt Lee, LSHTM COO, is a trustee director | Pension fund | - | 1,096 | n/a | n/a |
| Uganda Virus Research Institute<br>Professor Pontiano Kaleebu, Director of MRC/UVRI & LSHTM Uganda, is Director | Research funding and services | 4 | 13 | n/a | n/a |
| UK Research and Innovation<br>Dr Precious Lunga, LSHTM Council member, is a Council member | Research and capital funding | 70,347 | 6 | n/a | n/a |
| University of Aberdeen<br>Dr Robin Goodchild, member of LSHTM Finance & Development Committee, is an Honorary Professor | Research services | - | 121 | - | 178 |
| University College London Hospital<br>Professor Alison Grant, LSHTM Dean of Faculty, is an Honorary Consultant Physician | Funding award | 173 | - | n/a | n/a |
| University of Glasgow<br>Professor Mike Turner, LSHTM Council member, is an Honorary Professor | Research grant funding and services | 354 | 340 | 92 | 92 |
| University of Strathclyde<br>Professor Mike Turner, LSHTM Council member, is an Honorary Professor | Research grant funding | - | - | 10 | - |
| Vaccine Manufacturing Innovation Centre<br>Dr Matt Lee, LSHTM COO, is a board member | Procurement and governance services | - | - | 11 | - |
| Wellcome Trust<br>Professor Mike Turner, LSHTM Council member, was a staff member during 20-21 | Research services | 11,907 | - | 14,581 | 7 |
| World Health Organisation<br>Professor Mike Turner, LSHTM Council member, is a consultant, and;<br>Professor Umberto D'Alessandro, Director of MRC The Gambia Unit at LSHTM is a member of the Malaria Policy Advisory Group | Research funding | 879 | 1 | 1,214 | 75 |



Quelle: https://www.lshtm.ac.uk/files/financial-statement-2020-21.pdf

Wir erkennen ein Muster: Die Institutionen, die sich – zumindest äußerlich – die Sorge um die globale öffentliche Gesundheit angelegen sein lassen, unterhalten beträchtliche Verbindungen zu Geldgebern, die ihrerseits bei der globalen Gesundheitsvorsorge primär, wenn nicht gar ausschließlich auf Impfstoffe setzen. Und genau mit diesen

Institutionen ist das RKI intensiv verdrahtet. Welchen Fokus Bill Gates auf Impfungen legt, belegen die Investitionen der Bill and Melinda Gates Stiftung in die Impfstoffindustrie:

*„Der Fokus der Stiftung liegt auf Unternehmen, deren Wirkstoffe in großen Mengen und preiswert hergestellt werden können. Aktuell unterstützte er daher AstraZeneca, Johnson & Johnson, Sanofi und Novavax, verriet Gates. Sollte sich eines der Mittel als erfolgreich herausstellen und dabei nicht mehr als zwei bis drei Dollar pro Dosis kosa*

*Weitere Kooperationen unterhält die Stiftung mit Firmen wie Moderna und BioNTech.“*

Quelle: Der Aktionär vom 15.9.2020, https://www.deraktionaer.de/artikel/aktien/bill-gates-auf-diese-4-corona-impfstoff-aktien-setzt-der-multimilliardaer-20207054.html

*„Bill und Melinda Gates investieren in deutsche Biotechfirma Biontech*

*Die Gates-Stiftung investiert rund 50 Millionen Euro in das Mainzer Biotechunternehmen Biontech. Mit dem Geld sollen HIV- und Tuberkulose-Impfstoffe erforscht werden.“*

Quelle: Handelsblatt vom 4.9.2019, https://www.handelsblatt.com/technik/medizin/hiv-und-tuberkulose-impfstoffe-bill-und-melinda-gates-investieren-in-deutsche-biotechfirma-biontech/24978960.html

BioNTech hatte bis dato zwar noch nie etwas erfolgreich produziert. Aber Bill Gates schien ein gutes Gespür für die Entwicklungsfähigkeit dieses Unternehmens zu haben. Die Gewinne, die Bill Gates bzw. seine Foundation aus diesen Investitionen bezogen hat, folgten jedenfalls *nicht* der Logik „*flatten the curve*“.

Die Aktienkäufe und -verkäufe sind bei der Suche nach den Gründen für die „schlimmste Pandemie aller Zeiten“ auch ein spannendes Thema, würden aber wohl den Rahmen hier sprengen. „*Pfizer-Chef verkaufte Mehrheit seiner Aktien ausgerechnet an dem Tag, an dem der Konzern den Erfolg seines Corona-Impfstoffs vermeldete*“

Quelle: Business Insider vom 12.11.2020, https://www.businessinsider.de/wirtschaft/finanzen/pfizer-chef-verkauft-60-prozent-der-aktien-am-tag-der-corona-impfstoff-bekanntgabe/**.**

### e) Der Expertenrat der Bundesregierung

Die Bundesregierung ließ sich in der Corona-Zeit von einem sog. Expertenrat beraten, dem die folgenden Personen angehörten:

- Prof. Dr. Reinhard Berner (Universität Dresden), seit 2006 Mitglied der Influenza-Kommission für den Pandemiefall am RKI; er wurde bereits oben IV. 7. f zitiert)
- Prof. Dr. Cornelia Betsch (Universität Erfurt)
- Prof. Dr. Melanie Brinkmann (TU--Technische Universität Braunschweig, Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung)

- Prof. Dr. Alena Buyx (TU München, Deutscher Ethikrat)
- Prof. Dr. Jörg Dötsch (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)
- Prof. Dr. Christian Drosten (Charité)
- Prof. Dr. Christine Falk (Medizinische Hochschule Hannover)
- Prof. Dr. Ralph Hertwig (Max-Planck-Institut für Bildungsforschung)
- Prof. Dr. Lars Kaderali (Universität Greifswald)
- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (ARDS und ECMO Zentrum Köln-Merheim)
- Prof. Dr. Heyo Kroemer (Charité)
- Prof. Dr. Thomas Mertens (Ständige Impfkommission)
- Prof. Dr. Michael Meyer-Hermann (Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung Braunschweig, TU Braunschweig)
- Dr. Johannes Niessen (Gesundheitsamt Köln)
- Prof. Dr. Viola Priesemann (Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation sowie Universität Göttingen)
- Prof. Dr. Leif Erik Sander (Charité)
- Stefan Sternberg (Landrat Ludwigslust-Parchim)
- Prof. Dr. Hendrik Streeck (Universitätsklinikum Bonn)
- Prof. Dr. Lothar Wieler (Freie Universität Berlin; damals zudem Präsident des RKI)

Quelle: https://www.bundesregierung.de/breg-de/bundesregierung/bundeskanzleramt/corona-expertinnenrat-der-bundesregierung

Blicken wir auf die Institute und Trägergesellschaften, bei denen die soeben aufgelisteten Personen beschäftigt sind, bietet sich erneut an, welche Einrichtungen, in denen sie forschen, Geld von der Bill and Melinda Gates Foundation empfangen haben:

Helmholtz Zentrum für Infektionsforschung: Im Juli 2005 $10,324,113, im Mai 2010 $100,000, im Juli 2019 $753,940, im Oktober 2019 $2,972,077 und im Oktober 2023 $3,155,662.

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung: Im Juli 2005 $15,378,444, im Oktober 2008 $100,000, im November 2009 $100,000, im November 2012 $1,762,708, im März 2019 $180,000, im März 2020 $12,000 und im Juni 2023 großzügige $4,993,010.

Oder das Universitätsklinikum Bonn: Im Oktober 2013 $1,701,832, im September 2015 $1,100,522, im April 2019 $56,776, im Mai 2019 $100,000, im September 2019 $3,028,668 und im Mai 2021 $1,474,165

Vorstehende Zahlen müssen nicht zwingend bedeuten, dass sämtliche Mitglieder des Expertenrats – gleichsam als Gegenleistung für die empfangene Förderung – Forschungsergebnisse hervorbringen, von denen sie vermuten, dass sie dem Geldgeber gefallen. So gehörte Prof. Dr. Hendrik Streeck, Universitätsklinikum Bonn, eher zu jenen, die gemäßigtere Töne anschlugen. Es fällt aber durchaus auf, dass auch jene Einrichtungen in erheblichem Maße mit Drittmitteln der Bill and Melinda Gates Stiftung bedacht wurden, dessen Akteure in der Corona-Zeit als besondere Alarmisten in

Erscheinung getreten sind (z.B. beim Helmholtz-Zentrum Melanie Brinkmann, Michael Meyer-Herrmann).

## f) Die Bundesregierung und private Stiftungen

Das Geld fließt aber nicht nur von der Bill and Melinda Gates Foundation an das RKI und dessen Berater, sondern das Geld der Steuerzahler ebenso von der Bundesregierung an die Bill and Melinda Gates Foundation. Es scheint, als schließe sich hier ein finanzieller Kreislauf. Eine parlamentarische Anfrage förderte die folgenden Erkenntnisse zutage.

Quelle (auch für die nachstehenden Tabellen): Bundestags-Drucksache 20/7512, https://dserver.bundestag.de/btd/20/075/2007512.pdf

„BMGF“ bedeutet in der nachstehenden Aufstellung „Bill and Melinda Gates Foundation“.

Die Anlage 2 zeigt es ab Seite 94 sehr übersichtlich:

**Anlage 2 – Antwort der Bundesregierung zu Frage 2 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE., BT-Drs. Nr. 20/6836 „Stand der Zusammenarbeit zwischen der Bundesregierung und privaten Stiftungen“**

| Ressort | Stiftung/ Organisation | Programm | Ziel (sofern nicht aus Programmtitel ersichtlich) | Mittel der Bundesregierung (Nachkommastellen wurden in der Regel gerundet) | Laufzeit | Evaluation** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Internationale private Stiftungen** | | | | | | |
| **BMZ** | BMGF | Global Health Investment Corporation (GHIP-Adjuvant) | Globale Gesundheitsforschung mit Bezug zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen in Entwicklungs- und Schwellenländern | 20.000.000 EUR | 2019-2029 | Nein |
| BMZ | BMGF | Global Fund to fight AIDS, Tubercolosis and Malaria (GFATM) | Bekämpfung von HIV, Tuberkolose und Malaria | 1.300.000.000 EUR (Wiederauffüllung 2022) | seit 2002 | Nein |
| BMZ | ständige Board-Mitglieder: WHO, BMGF, UNICEF, Weltbank | GAVI - the Vaccine Alliance | Impfprogramme | 600.000.000 EUR | 2021-2025 | Nein |
| BMZ | WHO, Rotary International, the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), UNICEF, BMGF, GAVI | Global Polio Eradication Initiative (GPEI) | Weltweite Ausrottung aller Arten von Polio | 37.000.000 EUR | 2023 (Zusage aus EPL 23) | Nein |
| BMZ | BMGF, Gordon Betty Moore Foundation | Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) | Diagnose-Forschung | 20.000.000 EUR | seit 2021 | Nein |
| BMZ | BMGF | Unitaid | Pandemie-Prävention | 20.000.000 EUR | seit 2021 | Nein |

Weiter auf S. 95:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BMZ | Global Energy Alliance for People and Planet, Mott Foundation, IKEA Foundation, Bloomberg Philantropies, Rockefeller Foundation, Shell Foundation | Sustainable Energy for All (SEforALL) | Armutsorientierte nachhaltige Energie | 1.780.000 EUR | 2015-2023 | Nein |
| BMZ | Global Energy Alliance for People and Planet | Sustainable Energy Fund for Africa (SEFA) der African Development Bank (AfDB) | nachhaltige Energie | 190.000.000 EUR | 2020 -2025 | Nein |
| BMZ | Rockefeller Foundation, Global Energy Alliance for People and Planet | Energy Sector Management Assistance Program (ESMAP) | Energie-Management | 8.550.000 EUR | 2015-2024 | Nein |
| BMZ | BHP Foundation, Ford Foundation, Lundin Foundation | Extractive Industries Transparency Initiative (EITI) | Rohstofftransparenz | 210.000 EUR | 2015 - 2024 | Nein |
| BMZ | BMGF, Wellcome Trust, Rockefeller Foundation | Pandemic Fund | Pandemie-Bekämpfung | 119.000.000 EUR | 2022-2030 | Nein |
| BMZ | BMGF | Umbrella Facility for Gender Equality (UFGE) Multi-Donor Trust Fund | Geschlechter-gerechtigkeit | 4.900.000 EUR | 2019-2023 | Nein |
| BMZ | BMGF | Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) | Globale Allianz für verbesserte Ernährung | 22.849.847 EUR | 2017-2027 | Ja |

S. 97:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BMZ | BMGF | Scaling-Up Nutrition (SUN) | Verbesserung der Ernährungssicherung | 1.128.000 EUR/jährlich; zusätzlich 1.504.000 EUR: 2019/2020 (1.200.000 USD/jährlich; zusätzlich 1.600.000 Mio USD: 2019/2020, tagesaktueller Wechselkurs 1 USD = 0,94 EUR) | seit 2010 | Nein |
| BMZ | BMGF | 50x2030 Initiative (PARTNERSHIP FOR DATA-SMART AGRICULTURE) | nachhaltige Landwirtschaft | 7.000.000 EUR | 2020-2027 | Nein |
| **BMBF** | Wellcome Trust, BMGF, Paul G. Allen Family Foundation | Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) | Förderung der Entwicklung von Impfstoffen gegen Erreger mit Pandemiepotenzial | 620.000.000 EUR | 2017-2026 | Nein |
| BMBF | Wellcome Trust, BMGF, Leo Model Foundation | Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP) | Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika in späteren Entwicklungsstadien | 111.700.000 EUR | 2018-2027 | Nein |
| BMBF | Wellcome Trust, BMGF, Paul G. Allen Family Foundation | Combating Antibiotic Resistant Biopharmaceutical Accelerator (CARB-X) | Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika in frühen Entwicklungsstadien | 81.000.000 EUR | 2019-2026 | Nein |
| BMBF | BMGF | Förderung von Produktentwicklungspartnerschaften (PDP) | | 50.000.000 EUR | 2023-2028 | Nein |
| BMBF | BMGF | Grand Challenges Afrika – Maßnahme zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in Afrika | | 1.300.000 EUR | 2021-2024 | Nein |

Ab S. 107 und somit Anlage 5 der Kleinen Anfrage der LINKEN wird zudem aufgezeigt, wer sich alles mit der Bill and Melinda Gates Foundation getroffen hat. Der Inhalt der Gespräche bei diesen Treffen ist nicht bekannt; doch deutet auch hier vieles auf institutionelle Kooperation hin:

**Anlage 5– Antwort der Bundesregierung zu Frage 14 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE., BT-Drs. Nr. 20/6836 „Stand der Zusammenarbeit zwischen der Bundesregierung und privaten Stiftungen"**

| Ressort | Vertreter*in Bundesregierung | Datum | Treffen mit BMGF oder Organisationen/Programme, an denen BMGF beteiligt ist | Themen |
|---|---|---|---|---|
| **BMZ** | StS Jochen Flasbarth | 17.10.2022 | BMGF | World Health Summit |
| | StS Jochen Flasbarth | 04.05.2022 | BMGF | Geschlechtergerechtigkeit, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Familienplanung und Mutter- und Kindgesundheit, feministische Entwicklungspolitik |
| | PStS Niels Annen | 18.02.2022 | BMGF | Foreign Policy of Collective Action: Lehren aus COVID-19 für die G7 (MSC München) |
| | PStS'in Bärbel Kofler | 04.05.2022 | Global Perspectives, BMGF | Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) und Zusammenarbeit mit Bill and Melinda Gates Foundation |
| | PStS'in Bärbel Kofler | 03.05.2022 | ONE und BMGF | Fototermin |
| | BM'in Svenja Schulze | 19.02.2022 | BMGF | Treffen/ Gespräch am Rande der Münchner Sicherheitskonferenz |
| | BM Gerd Müller | 15.10.2018 | BMGF | Austausch |
| | BM Gerd Müller | 19.04.2018 | BMGF | Austausch |
| | | | | |
| **BMBF** | BM'in Bettina Stark-Watzinger | 23./24.10.2022 | BMGF | Grand Challenges Meeting, Brüssel |
| | StS'in Judith Pirscher | 08.03.2022 | BMGF | Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) Replenishment |
| | StS'in Judith Pirscher | 08.03.2022 | Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) | Replenishment, Beitragsverkündung des BMBF |
| | StS'in Judith Pirscher | 25.01.2022 | Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) | Vorbesprechung des Replenishments |
| | | | | |
| **BMF** | StS Carsten Pillath | 08.07.2022 | BMGF | Paris Forum "Promoting sustainable financial practices to address debt vulnerabilities" |
| | StS Wolfgang Schmidt | 09.10.2020 | BMGF | Globale Versorgung mit Covid-19 Impfstoffen, Entwicklungsfinanzierung, Verschuldung |
| | | | | |
| **BMWK** | PStS'in Dr. Franziska Brantner | 10.06.2022 | Open Society Foundations | Austausch zu aktuellen Themen |
| | | | | |
| **BKAmt** | BK Olaf Scholz, StS Dr. Jörg Kukies | 19.09.2022 | Melinda Gates | Abendessen mit verschiedenen Persönlichkeiten aus amerikanischer Politik und Gesellschaft am Rande der VN-Generalversammlung |

S. 108: Herr Scholz und Herr Lauterbach (sowie die Herren Kukies und Steffen) in trauten Treffen mit Bill Gates, der Bill and Melinda Gates Foundation, dem Wellcome Trust und der Rockefeller Foundation:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | BK Olaf Scholz | 21.09.2022 | GFATM | Teilnahme an der Wiederauffüllungskonferenz GFATM |
| | StS Dr. Jörg Kukies | 19.09.2022 | Bill Gates | Allgemeiner Austausch |
| | StS Dr. Jörg Kukies | 25.01.2022 | CEPI | CEPIs Engagement im Kontext der Covid-19 Pandemie |
| | | | | |
| **BMG** | BM Prof Karl Lauterbach | 26.03.2022 | BMGF (+ Wellcome Trust, Rockefeller Foundation) | Austausch zu Themen int. Pandemiebekämpfung |
| | BM Prof Karl Lauterbach, StS Dr. Thomas Steffen | 30.04.2022 | BMGF (+ Wellcome Trust, Rockefeller Foundation) | Austausch zu Themen int. Pandemiebekämpfung |
| | BM Prof Karl Lauterbach | 20.06.2022 | Wellcome Trust | Austausch zu Themen int. Pandemiebekämpfung, G7 |
| | StS Dr. Thomas Steffen | 04.03.2022 | BMGF | Austausch zu Themen int. Pandemiebekämpfung, G7 |
| | BM Prof Karl Lauterbach | 19.02.2022 | Bill Gates | Austausch zu Themen int. Pandemiebekämpfung |
| | BM Prof Karl Lauterbach | 19.02.2022 | Wellcome Trust | Austausch zu Themen int. Pandemiebekämpfung |

Ein anderes parlamentarisches Dokument, nämlich die Bundestags-Drucksache 19/25976, zeigt weitere interessante Geldflüsse auf. Zum Beispiel auf S. 6 allein 480 Millionen Euro seit 2018 an die Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI):

**Anlage 2**

| Ressort | Projekt | Beiträge seit 2018 (in Mio. Euro) | Anmerkung |
|---|---|---|---|
| Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) | Coalition for Epidemic Preparedness Innovation (CEPI) | 310 | |
| BMBF | Combating Antibiotic-Resistant Bacteria Biopharmaceutical Accelerator (CARB-X) | 39 | |
| BMBF | Produktentwicklungspartnerschaften zu vernachlässigten, armutsassoziierten Krankheiten | 58,4 | |
| BMBF | Grand Challenges Africa | 1,3 | |
| Bundesministerium für Gesundheit (BMG) | ESPEN – Expanded Special Project for Elimination of Neglected Tropical Diseases bei WHO AFRO | 1,5 | |
| Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) | Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) | 1.345 | |
| BMZ | Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) | 480 | |
| BMZ | Global Polio Eradication Initiative (GPEI) | 70 | |
| BMZ | Global Health Investment Fund (GHIF) | | Keine Beiträge seit 2018, einmalige Einzahlung i.H.v. 10 Mio. Euro (2013) |
| BMZ | Global Health Investment Programme (GHIP) – Adjuvant Fund Component | 20 | |
| BMZ | Global Agriculture and Food Security Program (GAFSP) | 227 | |
| BMZ | Alliance for a Green Revolution in Africa (AGRA) | 25 | |
| BMZ | Consultative Group on International Agricultural Research (CGIAR) | rd. 70 | |
| BMZ | Consultative Group to Assist the Poor (CGAP) | 2,37 | |
| BMZ | Alliance for Financial Inclusion (AFI) | 2,55 | |
| BMZ | Better Than Cash Alliance | 0,75 | |

Quelle: https://dserver.bundestag.de/btd/19/259/1925976.pdf

Eine Rechtsgrundlage für diese Auszahlung von Steuergeld an private Stiftungen gibt es nicht. Der Bundesrechnungshof rügte am 30.11.2021 Folgendes:

„29.4 Abschließende Würdigung

*Das BMZ spielt die Bedeutung der Förderrichtlinie systematisch herunter. Seine Argumente sind nicht plausibel. Es verkennt in wesentlichen Punkten die Sach- und Rechtslage.*

*Das Zuwendungsvolumen im hohen dreistelligen Millionen-Euro-Bereich unterstreicht für sich genommen die Dringlichkeit, eine aktuelle Rechtsgrundlage für die Förderung zu schaffen. Besonderen Nachdruck verleiht der Umstand, dass sich die*

*Zuwendungen seit dem Jahr 2014 im Vergleich mit dem Zeitraum 2007 bis 2013 mehr als verdoppelt haben. Mithin in der Zeit, als die Förderrichtlinie bereits veraltet und überarbeitungsbedürftig war. Zudem ist die Förderpraxis des BMZ nach wie vor nicht von einer aktuellen Förderrichtlinie gedeckt.*

*Unstreitig ist, dass Förderrichtlinien zusammen mit weiteren Vorschriften die Rechtsgrundlage für die Vergabe von Zuwendungen bilden. Die Förderrichtlinie aus dem Jahr 2007 gilt indes allenfalls noch formal. Bezogen auf ihre Regelungsinhalte ist sie in wesentlichen Teilen überholt. Damit erfüllt die Förderrichtlinie nicht mehr ihren Zweck, die Ermessensausübung zu lenken und ein einheitliches Verwaltungshandeln sicherzustellen.*

*Das BMZ darf eine bestehende Förderrichtlinie nur im Einvernehmen mit dem BMF ändern. Es weicht in seiner Zuwendungspraxis dauerhaft von den Vorgaben der Förderrichtlinie im Schnittstellenbereich ab. Das BMZ hat diese Förderrichtlinie dadurch faktisch geändert, ohne hierüber Einvernehmen mit dem BMF erzielt zu haben. Damit handelt es rechtswidrig. Hieran ändern auch die Informationen über eine von der Förderrichtlinie abweichende Förderpraxis an die Zuwendungsempfänger nichts.*

*Die Überarbeitung der Förderrichtlinie war eine von drei an das BMZ gerichteten Empfehlungen der Spending Review. Daraus sollte das BMZ nicht ableiten, dass diese Empfehlung nachrangig ist. Der Bundesrechnungshof misst einer intensiven Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Ressorts große Bedeutung bei. Deswegen hält er daran fest, dass die Ergebnisse dieser Zusammenarbeit durch angepasste Regelungen in der Förderrichtlinie verbindlich abgesichert werden. Zudem ist die rechtliche Bedeutung von Förderrichtlinien für eine rechtmäßige Zuwendungsvergabe nicht von den Ergebnissen der Spending Review abhängig.*

*Es ist nicht entscheidend, ob der Haushaltsausschuss einen Bericht mit oder ohne Debatte zur Kenntnis nimmt. Dem klar geäußerten Willen des Parlaments, die Förderrichtlinie zu überarbeiten, ist das BMZ jedenfalls bis heute nicht nachgekommen.*

*Auch die Ausführungen des BMZ zu den zeitlichen Zusammenhängen überzeugen den Bundesrechnungshof nicht. Das BMZ selbst hatte im Umsetzungsbericht im Mai 2020 angekündigt, einen abgestimmten und überarbeiteten Förderrichtlinienentwurf „zeitnah“ vorzulegen. Es hatte dabei nicht auf besondere Belastungen für die Krisenbewältigung durch die 6 Corona-Pandemie hingewiesen. Seine laufenden Arbeiten an einer Strategie für den Schnittstellenbereich hatte es ebenso nicht angemerkt. Eine noch andauernde Überarbeitung mehr als ein Jahr nach der Zusage an den Haushaltsausschuss ist nicht zeitnah. Ohnehin war die Förderrichtlinie bereits vor der Spending Review seit Jahren überarbeitungsbedürftig. Schließlich ist das Argument, die Strategie sei Grundlage für die weitere Überarbeitung der Förderrichtlinie, schwer vereinbar mit der Vorlage eines Entwurfes der Förderrichtlinie im April 2019.*

*Im Ergebnis hält der Bundesrechnungshof daran fest, dass das BMZ seine rechtswidrige Förderpraxis endlich beenden und die veraltete Förderrichtlinie überarbeiten muss. Steigende Ausgaben im Anwendungsbereich der Förderrichtlinie dulden keine*

*weiteren Verzögerungen. Ebenso die noch immer nicht eingelöste Zusage des BMZ gegenüber dem Parlament. Der Bundesrechnungshof fordert, nach einer Dekade ergebnisloser Überarbeitungsversuche endlich eine überarbeitete Förderrichtlinie in Kraft zu setzen."*

Quelle: https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2021/rechtswidrige-foerderpraxis-volltext.html

## 10. Zurück zum Ausgangspunkt: Kein interventionsbedürftiges „Pandemie"-Geschehen

Folgendes konnte mit den vorstehenden Ausführungen gezeigt werden:

- Weder das Erkrankungs- noch das Sterbegeschehen nahmen in der Corona-Zeit irgendwelche Ausmaße an, die das bisher – aus gewöhnlichen Grippewellen – Bekannte überstiegen.
- COVID-19 spielte vor allem 2020 im Vergleich zu anderen Atemwegserregern so gut wie überhaupt keine Rolle.
- Die Massentestung von symptomlosen Menschen und die damit einhergehende massenhafte Anhäufung positiver PCR-Testergebnisse hat ein dramatisches Zerrbild des Infektionsgeschehens gezeichnet.
- Die sächsische Staatsregierung hat keine auch nur im Ansatz ausreichenden Bemühungen entfaltet, die Corona-Maßnahmen auf eine belastbare Datengrundlage zu stellen.
- Es ist *nicht* das Verdienst der Corona-Maßnahmen, dass 2020 und 2021 kein stärkeres Erkrankungs- und Sterbegeschehen festgestellt werden konnte.
- In zeitlicher Korrelation zum Fortschreiten der COVID-Impfkampagne haben sich das Erkrankungs- und das Sterbegeschehen verstärkt. Dieser Befund und weitere Faktoren wecken Zweifel an der Wirksamkeit und Sicherheit der COVID-Injektionen.
- Die COVID-Injektionen waren niemals auf Fremdschutz geprüft und niemals zum Zwecke des Fremdschutzes zugelassen worden. Es besteht daher keine Evidenz, dass 2G-Regeln zu einer Reduktion des Infektionsgeschehens beigetragen haben.
- Die Einschätzung des RKI betreffend das Ausmaß der Bedrohung und den Nutzen der Corona-Maßnahmen ist nicht vertrauenswürdig. Die Stoppt-COVID-Studie des RKI leidet an primitiven methodischen Mängeln. Und es gibt bedenkliche unmittelbare und mittelbare Verflechtungen des RKI mit Akteuren, denen an einem breitflächigen Vertrieb der COVID-Injektionen gelegen ist.

Dies alles führt zum Ausgangspunkt der hier angestellten Überlegungen zurück: Es gab kein dynamisches und/oder sonst in irgendeiner Weise bedrohliches Infektionsgeschehen, dessentwegen die Antragstellerin jederzeit auch mit einer kurzfristigen Ersetzung der Schutz-VO hätte rechnen müssen.

Prof. Dr. Martin Schwab